Nr. 20. 18. maja 1930. Rok IX.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. R AREND i Dr. H. SCHUSTERÓWNA. Lwów.

Gruczolak złośliwy szyszynki (*Pineatoma*).

Z Instytutu anatomji patologicznej Uniw. J. K. we Lwowie.
Dyrektor: Prof. Dr. W. Nowicki
i Oddz. chorób nerwowych i umysłowych Szpit. Pow. we Lwowie.
Prymarjusz: Dr. A. Domaszewicz.

W przypadkach guzów, wychodzących z szyszynki, prócz wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, a więc objawu ogólnego, porażenia spojrzenia ku górze, zależnego od ucisku, czy też bezpośredniego zajęcia przednich ciałek czworaczych, szukamy stale za najistotniejszym, zdawałoby się, składnikiem „zespołu szyszynkowego", a więc za objawami *macrogenitosomia praecox*. Jak z jednej strony *macrogenitosomia praecox* może się zjawiać także w innych sprawach chorobowych, a więc w przypadkach guzów jąder, czy też nadnercza (u dziewcząt), tak z drugiej strony nie w każdym przypadku guza szyszynkowego wykształca się *macrogenitosomia*. W tych razach rozpoznanie może natrafiać na wielkie przeszkody, tembardziej, jeżeli w obrazie klinicznym, jak w przypadku niżej opisanym, wystąpią i górują objawy z innych okolic mózgu, względnie móżdżku.

Wśród guzów szyszynkowych wielkie zainteresowanie budzą te, które wychodzą z pierwocin komórkowych samej szyszynki, a więc gruczolaki i gruczolakoraki. Komórki nowotworowe tych guzów zdają się wytwarzać jakieś substancje. Jeżeli guzy innego rodzaju (potworniaki, naczyniaki, mięsaki, glejaki i t. p.), niszcząc tkankę szyszynkową, upośledzają jej czynność i sprowadzają często objawy niedomogi szyszynki *(hypopinealismus)*, warunkującej właśnie powstanie *macrogenitosomia praecox*, to należy spodziewać się, że gruczolaki i gruczolakoraki, spełniając pewną czynność wydzielniczą, nie sprowadzą objawów niedomogi, lecz utrzymają czynność szyszynki w równowadze, wzgl. sprowadzą objawy wzmożonej czynności szyszynki. W miejsce wczesnego rozwoju narządów płciowych, powinno wystąpić powstrzymanie rozwoju i upośledzenie czynności narządów płciowych. Znikoma liczba dotychczasowych przypadków zdaje się potwierdzać powyższą koncepcję. W przypadku naszym części płciowe były tak małe, że uderzały każdego z badających. Niestety, brak (z przyczyn od nas niezależnych) badania histologicznego jąder.

Dnia 19. XII. 1928 r. przyjęto na oddział chorób nerwowych Szpitala powszechnego, 10-letniego Józefa B. Zdołano zebrać tylko skąpe wywiady: chory cierpiał przed 2 laty na przemijające bóle głowy, pozatem czuł się zawsze zdrów. Właściwa choroba rozpoczęła się przed 3 miesiącami silnemi bólami głowy, wymiotami, zataczaniem się i upadaniem ku stronie prawej. Na trzy tygodnie przed przyjęciem pogorszenie wzroku, a wkrótce ślepota.

Stan przedmiotowy: Uderza znaczna bladość. Wzrost i budowa kośćca bez zmian. Narządy płciowe są za małe. Podściółka tłuszczowa jest rozwinięta dość obficie. Czaszka w części potylicznej i ciemieniowej jest rozszerzona, przy opukiwaniu stwierdza się odgłos pękniętego garnka. Lekka sztywność karku, bolesność kręgosłupa szyjnego. Wyraźny objaw Kerniga. W pozycji siedzącej, leżącej i stojącej głowa jest usztywniona, przechylona ku stronie prawej. Przy zmianie ułożenia głowy występują zawroty, nudności, wymioty, nagłe zaczerwienienie twarzy i poty. Przy chodzeniu chory wysuwa nogi za silnie ku przodowi, tułów zaś opóźnia się. Cały tułów przechylony jest nadto ku stronie prawej. Prawa źrenica jest szersza; obie nieoddziaływują na światło. Porażenie spojrzenia ku stronie lewej i ku górze. Niedowład nn. XII. i VII. typu ośrodkowego po prawej. Kończyny górne: brak odruchów ścięgnowych i okostnowych. Niezborność typu móżdżkowego obustronna, wyraźniejsza, po stronie prawej. Kończyny dolne: odruchy kolanowe słabe; obustronna niezborność typu móżdżkowego. Chory nie ma poczucia światła. Na dnie oczu: „*oedema aut neuroretinitis maioris gradus, typus albuminuricus*". (Dr. Lauterstein). Roentgen: dach czaszki cienki, wykazuje objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego; siodełko o zarysach nierównych, lekko poszarpanych, grzbiet siodełka przepchany ku tyłowi, jama kości klinowej zwężona, o obrysach i strukturze zamazanej. Odczyn Wassermanna ze surowicą krwi ujemny. Mocz bez zmian. Ciepłoty prawidłowe. Tętno ilościowo zmienne 64—120 na minutę. W czasie obserwacji napadowo ustanie oddechu i sinica, wreszcie okresy zamroczenia, w końcu śpiączka. Nakłucia lędźwiowego nie wykonano. Zdecydowano się jednak na nakłucie komorowe: róg tylny komory lewej leży powierzchownie (płytko), płyn wypływa samoistnie pod ciśnieniem wzmożonem. Upuszczono około 20 cm³ płynu. Po stronie prawej nienatrafiono na róg tylny. Bezpośrednio po zabiegu odzyskał chory przytomność na 24 godziny. Jednocześnie ustąpił niedowład nn. VII. i XII. i porażenie spojrzenia ku stronie lewej. Wystąpił jednak niedowład mięśnia prostego wewn. lewego. Pozatem stan neurologiczny, jak w dniu przyjęcia. Chory zmarł dnia 7. I. 1929 r. — w trzy tygodnie od przyjęcia a w czwartym dniu od nakłucia komór.

Biorąc pod uwagę zupełną abazję, wywołaną asynerją pomiędzy tułowiem a kończynami dolnemi i obustronną niezborność typu móżdżkowego, wyraźniejszą po stronie prawej, rozpoznano guz, wychodzący z robaka z przejściem na obie półkule móżdżkowe, przedewszystkiem na prawą. Porażenie spojrzenia ku górze a może brak oddziaływania źrenic na światło i zupełna ślepota, wskazywały, że guz zajmuje również ciałka czworacze przednie. Utrzymywanie głowy w stałej pozycji, zaburzenia oddechowe, naczynioruchowe, niedowład nerwów VII i XII, porażenie spojrzenia ku stronie lewej, wymagały przyjęcia, iż guz wciska się w IV-ą komorę. Obecność objawów oponowych, które utrzymywały się przez cały okres obserwacji, kazały myśleć o możliwości przejścia guza na opony. Wreszcie młody wiek chorego, szybki rozwój guza, przypuszczalne wciskanie się w IV komorę i przejście na opony, wymagały określenia guza histologicznie, jako medulloblastomatu.

W rozważaniu umiejscowienia guza, objawy zajęcia przednich ciałek czworaczych zwracały uwagę na możliwość wyjścia guza z szyszynki. Brak jednak objawów kardynalnych hypergenitalismu (wprost przeciwnie genitalia tak małe, że zwracały uwagę każdego z badających), nie pozwalały na dłuższe zatrzymywanie się nad rozpoznawaniem guza szyszynki.

Sekcję zwłok Nr. prot. 25/29 wykonano w 15 godzin po śmierci.

Zwłoki chłopca wielkości odpowiedniej, budowy wątłej, odżywienia dobrego. Skóra cienka i blada wykazuje skąpe plamy pośmiertne, nad wzgórkiem łonowym niema owłosienia. Błony śluzowe są blade. Narządy płciowe zewnętrzne i jądra są małe. Jądra znajdują się w worku mosznowym.

Głowa. Czaszka jest mesocefaliczna, umiarowa, kości jej są cienkie, przeświecają. W jamie czaszkowej znajduje się płyn obfity, jasny, przejrzysty. Opona twarda jest silnie napięta. Opony miękkie są blade i nieco obrzękłe, na podstawie zaś w okolicy skrzyżowania nerwów wzrokowych okazują zgrubienia i zmleczenia. Na rozkroju mózgu — komory boczne są silnie porozszerzane i wypełnione obfitym płynem; wyściółka komór jest gładka i lśniąca, a sploty naczyniówkowe są silnie przekrwione i soczyste. Po usunięciu spoidła i sklepienia zauważa się guz wielkości małej mandarynki, na powierzchni nierówny, usadowiony mniejwięcej w okolicy ciał czworaczych i szyszynki. Samej szyszynki, jakoteż ciał czworaczych niemożna gołem okiem wykazać. Guz jest odgraniczony od tyłu dość ostro i to przez półkule móżdżku, które uciska, powodując ich znaczne spłaszczenie i przesunięcie ku dołowi, nadto wciska się do komory IV, zwężając jej światło. Z przodu nowotwór wpukla się do tylnej części rozszerzonej komory III, przechodząc w odcinkach bocznych bez ostrej granicy na wzgórki wzrokowe. Dolną granicę guza stanowi wodociąg Sylwiusza, który przedstawia się jako nader wąska szczelina. Górna powierzchnia guza jest pokryta przez spoidło, a dalej przez zgrubiałe opony miękkie. (Ryc. 1).

Na przekroju budowa guza nie jest jednolita. Obwodowe części tworzą tkankę bardziej jednolitą, barwy żółtawej i spoistości niezbyt miękkiej, środkowe części są natomiast miękkie, nawet lekko galaretowate, mają budowę drobnojamistą, są bladoróżowe, co świadczy o silniejszem ukrwieniu guza w tem miejscu. Jak widzieliśmy, guz jest na ogół dość dobrze odgraniczony od

otoczenia, z wyjątkiem swych części przednich, częściowo bocznych, gdzie wnika w tkankę mózgową, mianowicie do wzgórków wzrokowych, co przemawia za jego charakterem złośliwym.

Całej sekcji, niestety, niemożna było wykonać; pomimo tego, jako przyczynę śmierci w przypadku opisanym, należało przyjąć nowotwór mózgu, wychodzący prawdopodobnie z szyszynki, który wywierał ucisk na otoczenie, powodując następowe wodogłowie wewnętrzne i zewnętrzne i znaczne podwyższenie ucisku śródczaszkowego.



Ryc. 1. Carcinoma epiphyseos. Prot. sek. 25/29. a. Rozszerzona komora boczna — b. Komora III. — c. Wodociąg Sylwiusza. — d. Komora IV. — e. Móżdżek. — f. Nowotwór.

Jak widzimy, rozważanie o umiejscowieniu guza było do pewnego stopnia słuszne: guz wywierał ucisk na robak i półkule móżdżkowe, większy na półkulę prawą, zajmował ciałka czworacze przednie, zmniejszał pojemność komory IV. Brak objawów zajęcia szyszynki (hypergenitalismu) a obecność wczesnych i silnie wyrażonych objawów ze strony móżdżku, zmuszał nas do przyjęcia guza, wychodzącego z móżdżku. Rozpoznanie guza móżdżkowego w przypadku guza wychodzącego z szyszynki nienależy do rzadkości. Objawy móżdżkowe zjawiają się w następstwie ucisku, niekiedy formalnego wtłaczania się, względnie bezpośredniego przechodzenia guza szyszynkowego na półkule móżdżkowe. Objawy te mogą być wyłączne lub tak silnie mogą dominować w obrazie klinicznym, że zmuszają do otwarcia tylnej jamy czaszkowej. (Horrax, Bailey, Bienstock). W statystyce Horraxa z kliniki Cushinga objawy móżdżkowe występowały w 90% przypadków. Niekiedy zmusza obraz kliniczny do postawienia błędnego rozpoznania guza kąta móżdżkowo-mostowego (Martin, przyp. I.).

Na obecność niezborności w przypadku guza szyszynki, a właściwie guza ciałek czworaczych, zwrócił po raz pierwszy uwagę Nothnagel (stąd syndrom Nothnagla: zaburzenia nerwu okoruchowego i niezborność). Wprawdzie Bruns zwrócił uwagę na fakt, że objawy móżdżkowe (niezborność) zjawiają się później, aniżeli zaburzenia ze strony nerwu okoruchowego, szczegół charakterystyczny dla guzów szyszynkowych, to jednak ustalenie tego następstwa w czasie obserwacji, czy też anamnestycznie nie zawsze jest możliwe.

Niezborność móżdżkowa objawia się w postaci zaburzeń chodu (Béla, Bienstock, Daly, Deshayes, przyp. klin., Kny, Raymond i Claud, Schulz), niekiedy ze skłonnością upadania ku tyłowi, czy też do boków (Oppenheim), czasem chorzy chodzą, jak tabetycy (Bruns). Rzadziej kończyny górne są siedliskiem niezborności, zwykle nieznacznej (Bienstock, Feilchenfeld, Oestreich-Slawik). W przypadku Mańkowskiego i Smirnowa wystąpiły zaburzenia chodu, przechylenie tułowia i głowy ku tyłowi i ku stronie prawej, lekka niezborność w kończynach górnych.

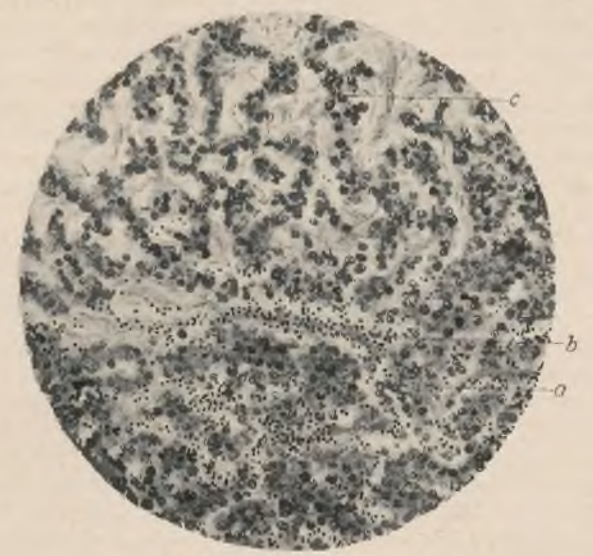
Mimo obecności objawów móżdżkowych, znikają trudności rozpoznawcze w tych razach, w których jednocześnie wykształci się obraz hypergenitalismu.

B a d a n i e d r o b n o w i d o w e. Do badania drobnowidowego wycięto rozmaite części z guza, jakoteż tkanki z jego otoczenia, w celu ewentualnego wykazania szyszynki, której nie można było makroskopowo stwierdzić, mimo dokładnego poszukiwania. Skrawki parafinowe, częściowo mrożone, zabarwiono haematoksyliną i eozyną, sposobem van Giesona, Weigerta i zielenią metylenu wraz z pyroniną.

Otóż z góry należy podnieść, że w skrawkach wyciętych z otoczenia guza, jakoteż z guza samego, niewykazano utkania szyszynki. Została ona w zupełności zniszczona przez nowotwór, podobnie jak ciała czworacze, których drobnowidowo również nie można było wykazać. (Ryc. 2.).

Obraz drobnowidowy badanego guza okazuje pewną różnorodność. Już pod małem powiększeniem można odróżnić w nim części jaśniejsze i ciemniejsze. Te ostatnie stwierdza się przeważnie w obwodowych częściach guza, a składają się one z ognisk dość gęsto obok siebie ułożonych wielkich komórek, przeważnie krągłych, niekiedy wielopostaciowych lub nieco wydłużonych. Jądra tych komórek są krągłe lub wydłużone i pęcherzykowate, mają delikatny zrąb chromatynowy i jedno lub dwa jąderka, barwiące się wyraźnie eozyną. Pierwoszcze tworzy skąpy rąbek, jest ono nieco ziarniste i barwi się blado. Niekiedy ma się wrażenie, jakoby komórki oddawały delikatne wypustki. Tu i ówdzie można wykazać w pierwoszczu drobne wodniczki, a tylko w nielicznych komórkach ciałka, jakby hyalinowe lub koloidowe, barwiące się eozyną jednolicie bladoróżowo, metodą van Giesona na żółto. Dość często stwierdza się w komórkach mitozy, które są przeważnie atypowe i nieregularne. Komórki są ułożone w większe i mniejsze gniazda, otoczone pasmami tkanki łącznej, w której stwierdza się liczne naczynia krwionośne oraz grupki komórek małych, o krągłych ciemno barwiących się jądrach i skąpem pierwoszczu, częściowo nawet niewidocznem. Komórki przypominają w wysokim stopniu limfocyty, choć są nieco większe od nich, w niektórych można wykazać postacie podziału jąder.

Obraz drobnowidowy nowotworu w tych częściach przypomina raka przegródkowego *(carcinoma alveolare)*. Części środkowe guza przedstawiają się nieco inaczej. Tutaj komórki nowotworowe mają postać bardziej kubiczną i układają się obok siebie w pasma złożone z jednej lub więcej warstw komórkowych. Pasma te przebiegają w różnych kierunkach, łącząc się niekiedy w rodzaj sieci, miejscami znowu grupują się dookoła świateł, podobnie jak w gruczołach. W odróżnieniu od komórek gruczołowych nieodgraniczają się one ostro od podścieliska, nie są ułożone na błonie podstawowej, natomiast okazują często jakby wypustki, wnikające w tkankę podścieliska. Podobnie zresztą jak



Ryc. 2. Carcinoma epiphyseos. Prot. sek. 25/29. Leitz. Ok. rys. II. Obj. B. a. gniazda komórek krągłych, b. komórek małych, c. pasmowato ułożone komórki częściowo o kształcie wałeczkowatym.

komórki typu pierwszego, odznaczają się one skąpem lekko ziarnistem pierwoszczem, niewyraźnie odgraniczonem. Jądra tych komórek podobne są do jąder komórek leżących w częściach obwodowych guza, tylko mają przeważnie postać owalną ze względu na ułożenie pasmowate komórek. W pierwoszczu komórek stwierdza się często wodniczki. Gdy takich wodniczek jest więcej, pierwoszcze ma charakter piankowaty. W niektórych komórkach wodniczki są tak wielkie, że wypełniają całą komórkę, wypychając jądra na obwód komórki, inne komórki straciły znowu jądra i przedstawiają się jako twory piankowate bezjądrowe. W wielu miejscach komórki zawierają ciała, eozyną różowo, a van Giesonem żółto barwiące się, podobne do hyaliny i koloidu. Ciała te pojawiają się w komórkach z początku pod postacią małych kuleczek w okolicy jądra, później powiększają się i zlewają w większe kule, ostatecznie mogą wypełnić całą komórkę. Te kule hyalinowe stwierdza się także pomiędzy komórkami, a powstają one prawdo-

podobnie z rozpadu komórek szklisto zmienionych. Nazwą hyalina posługujemy się tutaj tylko z punktu widzenia czysto morfologicznego, jest ona tutaj najprawdopodobniej punktem wydzielania komórek nowotworowych.

Pomiędzy pasmami komórkowemi znajduje się obfita, delikatno-włókienkowa, częściowo siateczkowata tkanka podstawowa, w której można stwierdzić obfite naczynia krwionośne. Tkanka ta jest częściowo tkanką łączną i barwi się sposobem van Giesona czerwono, częściowo zaś tkanką niewątpliwie przyrody glejowej, i barwi się sposobem van Giesona żółto. Należałoby jeszcze wspomnieć o zmianach, stwierdzonych w tych miejscach, w których nowotwór buja naciekowo, t. z. tam, gdzie wzrasta we wzgórki wzrokowe. Otóż w tych miejscach stwierdza się wnikanie gniazd i pasm komórek nowotworowych typu pierwszego, a z niemi licznych komórek małych (typu trzeciego). Nowotwór wnikając do tkanki mózgowej niszczy włókna i komórki nerwowe i powoduje rozrzedzenie gleju. W przestrzeniach limfatycznych kołonaczyniowych, w dalekiem oddaleniu od nowotworu stwierdza się także grupki komórek rakowych.

Z badania drobnowidowego wynika zatem, że guz opisany składa się z kilku rodzajów komórek, przypominających przeważnie postacią i ułożeniem komórki nabłonkowe.

Zachodzi więc pytanie, jakie jest pochodzenie guza i czy istnieje związek pochodny między nowotworem a komórkami szyszynki, w miejscu której guz się niewątpliwie rozwinął.

Co się tyczy komórek typu pierwszego, przypominają one w wysokim stopniu komórki gruczołowe szyszynki. Wiadomo bowiem, że komórki szyszynki odznaczają się tem, że są wielkie, posiadają mało pierwoszcza o niewyraźnych granicach, tworzącego niekiedy wypustki, mają wielkie pęcherzykowate jądra ze skąpą chromatyną i wielkie jąderko. Komórki te mają nadto wodniczki i ciała koloidowe. Podobnie przedstawiają się także komórki nowotworu opisanego, tylko są one nieco większe i nieregularnie ułożone, przypominając raczej młode, embrjonalne komórki szyszynki, co zresztą odpowiadałoby złośliwemu charakterowi nowotworu.

Drugi typ komórek podobny jest do typu pierwszego wyglądem jądra, jakoteż pierwoszczą, tylko postać komórek jest bardziej wałeczkowata, a zależy to od ich pasmowatego układania się. Pozatem wykazano w tych komórkach liczne wodniczki i ciała koloidowe, świadczące o ich żywej czynności wydzielniczej.

Komórki te, choć podobne do komórek typu pierwszego, przypominają do pewnego stopnia również komórki wyściółkowe. Jest to zrozumiałe, gdy uwzględnimy, rozwój szyszynki. Powstaje ona, jak wiadomo, z tak zw. zachyłka szyszynki *(recessus pinealis)*, wypuklenia nabłonka wyściółkowego, ependymowego, różniczkującego się później we właściwe komórki szyszynki. Komórki zatem naszego nowotworu przedstawiają różne okresy różniczkowania się komórek szyszynki. Trzeci typ komórek, stwierdzany w naszym guzie, t. j. owe małe komórki silnie barwiące się, przypominają limfocyty, choć są nieco od nich większe. Stwierdza się je w nowotworach szyszynki i niektórzy autorowie uważają je za nacieki zapalne, inni, jak Uemura, są zdania, że komórki te są identyczne z komórkami stwierdzonemi w szyszynkach małych dzieci do 1-szego roku życia. Tworzą one małe skupienia i uważane są za ogniska rozrodcze szyszynki. Byłoby też zrozumiałe, że także w nowotworze przez nas opisanym, a utworzonym z tkanki niewątpliwie niedojrzałej, takie komórki mogą zachodzić. Z drugiej strony jednak nie można było wykazać wśród nich postaci przejściowych.

Jeżeli więc chodzi o rozpoznanie nowotworu opisanego, wobec tego, że jest on zbudowany z elementów wchodzących w skład szyszynki, będących, coprawda, we wczesnym okresie rozwoju, możemy go nazwać, analogicznie do nowotworów przysadki, gruczołu tarczykowego i nadnerczy, gruczolakiem, względnie gruczolakiem złośliwym lub też rakiem szyszynki. Niektórzy autorowie nazywają nowotwory takie szyszyniakiem czyli *pinealoma*. Nowotwory szyszynki występują nader rzadko. Berblinger zebrał je ostatnio w r. 1925 w liczbie 47, jako guzy histologicznie dokładnie zbadane. Z tej liczby 25 przypadków było mieszańcami, potworniakami, pozostałe 22 przedstawiały inne postacie nowotworów, jak mięsaki, glejaki, nabłoniaki kosmkowe, a wreszcie gruczolaki i gruczolakoraki. Dwie ostatnie postacie nowotworów są stosunkowo rzadkie. Przypadki takie opisali: Hempel (1901), Uemura (1917), Loewenthal (1920), Berblinger (1925), Kutscherenko (1926), wreszcie Mańkowski i Smirnow (1929). Pozatem Ganderer (1889) i Klapprot (1922) opisali również przypadki gruczolaków, obok których stwierdzono jednak równocześnie i mieszańce (teratoma).

Przypadek Berblingera dotyczył mężczyzny 32 letniego, u którego klinicznie rozpoznano *„Meningomyeloencephalitis* lub *neoplasma"*.

U chorego wystąpiła od początku choroby impotencja. Sekcyjnie wykazano nowotwór szyszynki. Uderzało liche odżywienie. Narządy płciowe zewnętrzne nie wykazywały zmian. Drobnowidowo guz składał się z dwóch rodzajów komórek. Pierwszy typ stanowiły komórki wielkie, o wielkich pęcherzykowatych, krągłych jądrach i delikatnej budowie chromatyny. W preparatach barwionych zielenią i pyroniną jądra zawierały różowo barwiące się wtręty (Kerneinschlüsse), które Berblinger uważa za produkt wydzielania charakterystyczny dla komórek szyszynki. Dość skąpe pierwoszcze komórek okazywało nader niewyraźne granice, komórki układały się w gniazda i pasma otoczone delikatną tkanką łączną lub tkanką glejową. Drugi typ komórek stanowiły komórki małe, z ciemnemi jądrami i skąpem pierwoszczem. Według Berblingera, komórki nowotworu pochodziły z komórek szyszynki, i na tej podstawie, jakoteż ze względu na jego wzrost naciekowy Berblinger nazywa go rakiem szyszynki. Autor zauważył w jądrach brak spermatogenezy.

W przypadku Löwenthala już klinicznie rozpoznano guz, wychodzący z szyszynki lub ciał czworaczych. Sekcja zwłok wykazała rzeczywiście nowotwór szyszynki, przytem ogólne otłuszczenie i brak zmian makroskopowych w narządach płciowych. Nowotwór miał budowę przegródkową. Pasma tkanki łącznej otaczały gniazda komórek nader wielkich, krągłych lub wielopostaciowych o skąpem blado barwiącem się pierwoszczu. Jądra tych komórek były wielkie, krągłe lub nerkowate i dzieliły się na dwa typy. Większe posiadały obfitą, ciemno barwiącą się chromatynę i wyraźną ziarnistość, mniejsze zaś siatkę chromatyny bardzo delikatną i słabo barwiącą się. Autor uważa oba typy komórek za komórki pochodzenia nabłonkowego, gruczołowego, będące w rozmaitym okresie czynnościowym. Obok komórek wielkich autor stwierdził komórki małe, z ciemno bawiącem się, skąpem pierwoszczem. Podścielisko stanowiła tkanka łączna, częściowo siateczkowa tkanka glejowa. Nowotwór był na ogół dobrze odgraniczony od otoczenia, w części podstawowej wrastał we wzgórki wzrokowe, niszcząc tkankę nerwową. Według autora, obraz drobnowidowy guza przypomina szyszynkę noworodka, a więc w okresie kiedy ona najbardziej jest czynną, zatem tkanka nowotworowa musi być czynną, stąd ogólne otłuszczenie. W jądrach wykazał skąpą spermatogenezę.

W następnym przypadku, opisanym przez Uemurę, brak bliższych szczegółów co do wieku, płci, i wyglądu osobnika; podany jest tylko dokładny opis drobnowidowy guza szyszynki. U. odróżnia w swym nowotworze 4 rodzaje komórek. Pierwszy typ to komórki wielkie, wielopostaciowe o niewyraźnych granicach pierwoszcza. Krągłe lub owalne jądra posiadają skąpy zrąb chromatyny i dwa wyraźne jąderka, blade ziarnistości i delikatne wodniczki. Komórki układają się w większe i mniejsze gniazda. Więcej w środkowych częściach guza leży drugi typ komórek. Są to również komórki wielkie, układają się one w pasma, mają postać kubiczną i budowę czysto piankowatą. Pomiędzy niemi stwierdza U. komórki olbrzymie. Trzeci rodzaj tworzyły komórki wysokie, wałeczkowate, cylindryczne, niekiedy z rzęskami, otaczały one większe i mniejsze przestrzenie torbielowate. Wreszcie czwarty typ komórek stanowiły komórki małe, ciemno barwiące się podobne do limfocytów. Wszystkie wymienione typy komórek uważa autor za komórki pochodzenia nabłonkowego i nazywa dlatego nowotwór przez siebie opisany gruczolakiem szyszynki.

Przypadek Kutscherenki dotyczył 17 letniego chłopca, który klinicznie przedstawiał objawy nowotworu mózgu ze znacznem wyniszczeniem. Narządy płciowe zewnętrzne były bez zmian. Sekcja wykazała guz szyszynki, który miał również budowę przegródkową i składał się z komórek wielkich, przeważnie krągłych, których jądra zawierały obfitą chromatynę i 1—2 wyraźne jąderka. Autor uważa ten nowotwór za gruczolaka szyszynki.

Przypadek Mańkowskiego — Smirnowa dotyczył 22 letniego mężczyzny, dobrze odżywionego, u którego klinicznie rozpoznano nowotwór mózgu w okolicy ciał czworaczych. Sekcja wykazał guz wychodzący z szyszynką, zbudowany drobnowidowo z dwu typów komórek. Pierwszy typ, to komórki wielkie o dużych, jasnych jądrach i skąpem pierwoszczu, okazującem miejscami wypustki, w jądrach delikatny zrąb chromatyny i różowo barwiące

się wtręty. Komórki te miejscami układają się pod postacią pasm lub też palisandrowato. Drugi typ komórek, to komórki małe o ciemnych jądrach, podobne do limfocytów, tylko nieco większe od nich. Poza tem wykazali autorzy w guzie rozległe zmiany wsteczne. Na podstawie obrazu drobnowidowego przyjmują, że nowotwór wychodzi z elementów szyszynki i nazwali go pinealoblastoma. Narządy płciowe nie były badane.

Przypadku Hempla nie znam z pracy oryginalnej, przytaczam go według Berblingera, dotyczył on 24 letniego mężczyzny, bardzo wyniszczonego; guz wykazywał utkanie gruczolaka szyszynki.

W przypadkach, Klapprota i Gandeгera były również typowe gruczolaki szyszynki, obok nich znajdowały się jeszcze dwa mieszańce, potworniaki. Przypadek Klapprota dotyczył 15½ letniego chłopca, u którego klinicznie rozpoznawano, *encephalitis lethargica, aut tumor cerebri*"? Chłopiec był wątły, źle odżywiony, okazywał habitus infantilicus i niedorozwój jąder, stwierdzony również drobnowidowo. Sekcja wykazała nowotwór szyszynki składający się z dwóch guzów, z których jeden był mieszańcem, drugi zaś miał budowę wyraźnie przegródkową. Między delikatnemi pasmami tkanki łącznej znajdowały się dwa rodzaje komórek: komórki małe, ciemno barwiące się, podobne do limfocytów i komórki wielkie, wielokształtne o dużych jądrach i wyraźnych jąderkach. Autor stwierdził w jądrach komórek blade, kuliste ciałka (Kerneinschlüsse) leżące w pobliżu otoczki jądra, w tkance łącznej zaś nieco złogów wapnia.

Przypadku Gandeгera nie znam, gdyż odnośne piśmiennictwo nie było mi dostępne. Według Klapprota dotyczył on 12 letniego chłopca i przedstawiał się zupełnie podobnie jak jego własny przypadek.

Z powyższego przeglądu piśmiennictwa widać, że przypadki gruczolaków, wzgl. gruczolakoraków szyszynki dotyczyły stale mężczyzn względnie chłopców. Wiek pacjentów wahał się pomiędzy 10—32 rokiem życia. Klinicznie dawały one objawy nowotworów mózgu, w przypadku Loewenthala przypuszczano nawet nowotwór szyszynki lub ciał czworaczych, w przyp. Mańkowskiego-Smirnowa rozpoznano guz w okolicy ciał czworaczych. Nowotwory te przedstawiały guzy usadowione w miejscu szyszynki, przyczem 5 z nich było ostro odgraniczonych od otoczenia, 3 zaś miały gołem okiem charakter złośliwy, wnikając do mózgu przeważnie w okolicy wzgórka wzrokowego.

W przypadku Berblingera nowotwór dał przerzuty do mózgu i rdzenia.

Wszystkie wymienione guzy mają podobną budowę drobnowidową t. j. przegródkową i składają się zasadniczo z dwóch typów komórek; z komórek wielkich, o wielkich jądrach pęcherzykowatych i wyraźnych jąderkach. Mają one mało pierwoszcza i to nieco ziarnistego o granicach niewyraźnych, niekiedy posiadają wypustki; w pierwszych można znaleźć niekiedy wodniczki. Berblinger, Klapproth, Mańkowski-Smirnow opisują w jądrze ciałka koloidowe, barwiące się szczególnie ładnie różowo lub czerwono zielenią metylu i pyroniną (Kerneinschlüsse). Komórki te przypominają komórki gruczołowe szyszynki, za które wszyscy autorowie je uważają. Dalszy typ, to komórki, małe, ciemno barwiące się podobne do limfocytów, pochodzenia niezupełnie jasnego. Niektórzy uważają je za embrjonalne komórki szyszynki, opierając się na tem, że w szyszynce małych dzieci widzi się podobne postacie.

Uemura widział w szyszynce także komórki kubiczne i wałeczkowe, podobne do gruczołowych, układające się pod postacią pasm i cewek gruczołowych. Autor uważa je za komórki pochodzenia ependymowego.

Z uwag powyższych wynika, że nowotwór przez nas opisany przypomina w wysokim stopniu przypadki innych autorów, szczególnie przypadek Uemury.

Na jedno należy zwrócić uwagę w naszym nowotworze, mianowicie na obfite ciałka koloidowe, stwierdzone w pierwoszczu komórek przedewszystkiem cylindrycznych, jakoteż pomiędzy komórkami. W samych jądrach, w przeciwieństwie do opisów Berblingera i Klapprotha, nie widziałam ciałek koloidowych, również w preparatach barwionych zielenią metylu i pyroniną. Ciałka te należy niewątpliwie uważać za produkt wydzielania komórek nowotworowych. Obecność takich ciał przemawiałaby wogóle za czynnością wydzielniczą szyszynki, w nowotworze chorobowo wzmożoną, a dziś jeszcze nie ogólnie przyjętą. Walter uważa, że szyszynka nie jest narządem wewnętrznego wydzielania, tylko ma znaczenie narządu reflektorycznego dla krążenia płynu mózgowego. Berblinder zaś, który przeprowadzał badania nad szyszynką na wielką skalę, jest zwolennikiem wewnętrznego wydzielania tego narządu. Według Berblingera, dopiero wykazanie kulek wydzielniczych w komórkach nowotworu szyszynki, jest dowodem, że nowotwór pochodzi ze składników gruczołowych szyszynki, gdyż na podstawie przedewszystkiem badań Volkmanna wykazują prawidłowe komórki szyszynki ciałka wydzielnicze. Nasuwa się pytanie, czy te ciała, stwierdzone w szyszynce prawidłowej i patologicznej, mają znaczenie fizjologiczne dla ustroju. Pytanie to jest o tyle ważne, że, wobec trudności technicznych wycinania szyszynki na drodze eksperymentalnej, zmiany chorobowe, powodujące zniszczenie szyszynki lub też mające charakter bujania jej elementów swoistych, mogą rzucić niejakie światło na znaczenie czynności szyszynki dla ustroju całego.

Przekonano się, że w przypadkach nowotworów szyszynki u dzieci i osobników młodych, stwierdza się niekiedy wczesne dojrzewanie i rozrost narządów płciowych zewnętrznych t. zw. *„Makrogenitosomia praecox"* *(Pellizi)*. Nowotwory te, drobnowidowo, badane, okazywały budowę potworniaków, niekiedy glejaków lub mięsaków, zbudowane więc były z tkanki obcej i nie wychodziły z pierwocin szyszynki, sama zaś szyszynka przez nowotwór była zniszczona. Powyższe zmiany odnoszono do wypodnięcia czynności szyszynki, która zatem posiadaćby musiała działanie hamujące na rozrost narządów płciowych. Według Marburga i jego szkoły, szyszynka jest narządem, regulującym rozrost narządów płciowych i zależnie od ilości wydzieliny nadmiernej lub skąpej, lub też zupełnego jej braku, wprowadza Marburg pojęcie *hyper-hypo i apinealismus. Macrogenitosomia praecox* byłaby, według Marburga, następstwem *hypopinealismus.* Przy *hyperpinealismus* mielibyśmy do czynienia ze zanikiem narządów płciowych i ogólnem otłuszczeniem, przy *apinealismus* ze znacznem wyniszczeniem organizmu. Askenazy odnosi przedwczesne dojrzewanie nie do uszkodzenia szyszynki, lecz do działania tkanki embrjonalnej mieszyńca, wydzielającej ciała pobudzające rozrost gruczołów płciowych; przeciw temu przypuszczeniu przemawiałby jednak fakt, że nietylko w przypadkach potworniaków powstaje *makrogenitosomja,* lecz także w razie obecności glejaków i mięsaków. Według Goldziehera, rozrost gruczołów płciowych nie jest następstwem *hypopinealismus,* tylko powstaje wskutek zniszczenia przysadki, wywołanej uciskiem, względnie bezpośredniem zajęciem przysadki przez nowotwór szyszynki. Doświadczenia na zwierzętach nie potwierdziły tego. W roku 1920 zestawił Boehm, na podstawie piśmiennictwa, przypadki guzów szyszynki, w których zwrócono uwagę na narządy płciowe. Znalazł wśród nich 12 z przedwczesnym rozrostem narządów płciowych, nieprawidłowem uwłosieniem i wczesnym rozwojem psychicznym. Jak ze statystyki Boehma wynika, zmiany te dotyczyły tylko chłopców od 4—15 lat. Drobnowidowo 7 przypadków przedstawiało potworniaki, 4 mięsaki, 1 glejaka. Wyżej opisane objawy kliniczne uważają niektórzy za tak charakterystyczne dla guzów szyszynki, że w przypadku Boehma klinicysta już za życia rozpoznawał nowotwór szyszynki. Objawy kliniczne wyżej wspomniane miałyby ważne znaczenie w rozpoznaniu różniczkowem guzów mózgu. Według Frankl-Hochwarta *makrogenitosomia praecox* pojawia się jedynie w przypadkach potworniaków szyszynki, jak jednak ze statystyki Boehma wynika, występuje również w przypadkach glejaków i mięsaków. Zmiany te stwierdza się u osobników młodych w okresie inwolucji szyszynki. Według Biedla, zespół zmian musiałby pojawiać się już przed 7 rokiem życia, gdyż w tym okresie, według niego, rozpoczyna się inwolucja szyszynki. Przekonano się jednak, że przy nowotworach niszczących szyszynkę omawiane zmiany występowały w ósmym, dziewiątym i dziesiątym roku życia a nawet później. Fakt ten przemawiałby za tem, że szyszynka jest czynną dłużej, prawdopodobnie aż do wieku pokwitania. Dlaczego wymienione nowotwory występują prawie wyłącznie u chłopców, wyjątkowo u dziewcząt, nie jest zupełnie pewne. Zaznaczyć należy, że u dziewcząt przedwczesne dojrzewanie płciowe powstaje w związku z guzami w nadnerczach. Istnieje niewątpliwie jakiś związek między nadnerczami a narządem płciowym kobiecym. Doświadczenia z wycięciem jąder wskazują na związek między szyszynką a jądrami. Przekonano się bowiem, że u zwierząt kastrowanych następuje zanik szyszynki (Biach-Haller). Zaznaczyć jednak należy, że nie we wszystkich przypadkach potworniaków, glejaków i mięsaków szyszynki występuje *makrogenitosomia praecox,* zatem sprawa nie jest zupełnie jasna. Możnaby przyjąć, że w przypadkach takich pewne części szyszynki zachowały się jeszcze wśród nowotworu lub, że obok potworniaka znajdował się mały gruczolak na którego jednak nie zwrócono uwagi, jak w przypadku Klapprota i Gandeгera.

Obecnie należałoby się zapytać, jak zachowują się narządy płciowe w przypadkach gruczolaków i gruczolakoraków szyszynki. Nowotwory te bowiem, analogicznie do gruczolaków tarczycy i przysadki mózgowej, mogłyby zachowywać pewne czynności wydzielnicze i wydzielać więcej niż szyszynka prawidłowa. Jak zaznaczyliśmy wyżej, w przypadkach Berblingera, Klapprota i naszym wykazano morfologicznie istotnie jakieś ciała koloidowe.

Niestety trudno jest tutaj dać pewną odpowiedź, gdyż przypadków jest mało, a i w tych nielicznych nie zawsze zwracano uwagę na narządy płciowe, a tem bardziej nie zawsze badano je drobnowidowo, jak w przypadku niniejszym w którym wykazaliśmy wprawdzie że jądra i narządy płciowe zewnętrzne były małe, bez badania drobnowidowego jednak trudno mówić o ich zaniku.

W przypadkach z piśmiennictwa znanych narządy płciowe zewnętrzne przy oglądaniu gołem okiem, zmian przeważnie nie okazywały, jednak Berblinger i Löwenthal wykazali nader skąpe plemniki i zmiany wsteczne w narządzie rozrodczym, Klapprot zaś obraz niedorozwoju jąder z zahamowaniem ich dalszego rozwoju. Zmiany w jądrach odnoszą autorowie do wzmożonej czynności hamującej chorobowo wybujałej szyszynki *(hyperpinealismus)*. Naturalnie pewnych wniosków nie można z tego wyciągać, gdyż przypadków w tym kierunku badanych jest za mało, a do tego prawie we wszystkich wykazano wyniszczenie organizmu, któremu przypisać możnaby częściowo zmiany wsteczne, stwierdzone w jądrach. Jedynie Löwenthal wykazał w przypadku gruczolaka szyszynki obok zmniejszonej spermatogenezy ogólne otłuszczenie, które wystąpiło w czasie choroby mózgu. Otłuszczenie to odnosi autor do *hyperpinealismus*, podobnie jak to przypuszczał Marburg.

Sam Marburg ostatecznie jednak odstąpił od swej hipotezy, przypisującej szyszynce powstanie otłuszczenia. Również inni autorowie, jak Ascher i Jakobi, nie przyjmują związku między ogólnem otłuszczeniem a hyperfunkcją szyszynki. Według tych autorów, otłuszczenie występujące w przypadkach nowotworów szyszynki, jest następstwem uszkodzenia ośrodków wegetatywnych międzymóżdża przez nowotwór. Zatem i owo otłuszczenie przypadku Löwenthala, możnaby, według Aschnera wytłumaczyć wrastaniem nowotworu do ośrodków międzymóżdża. Na podstawie jedynego przypadku trudno jednak coś pewnego powiedzieć. W naszym otłuszczenia nie było, odżywienie jednak było dobre. Dalsze przypadki nowotworów szyszynki mogą rzucić światło na dziś jeszcze nie zupełnie jasne znaczenie szyszynki w gospodarce ustroju. W przypadkach gruczolaków szyszynki trzeba będzie zwrócić szczególniejszą uwagę na zachowanie się jąder, na ich budowę drobnowidową, i na stopień zmian wstecznych zachodzących w jądrach, oraz zależność tych zmian od czynności komórek gruczolaka.

Piśmiennictwo.

Aschner: Berl. kl. W., Nr. 28, 1916. — Askenazy: Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 24, 1921. — Berblinger: Zeitschr. f. d. ges. N. u. P., T. 95, 1925. — Ten sam: Virch. Arch., T. 227 i T. 237. — Biach-Haller: W. K. W. 1912. — Bienstock: Strasbourg méd. T. 2, 1926. — To samo: Schweiz. med. Wochenschrift rocznik 56, Nr. 20, 1926. — Bruns: Geschwülste. — Béla: Orvosi hetilap. rocznik 66, Nr. 38, i Nr. 39, 1922. — Biedl: Innere Sekretion T. II, 1913. — Boehm: Frankf. Z. f. P., T. 22, 1919/20. — Daly, Brain: 1887. — Deshayes: Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris, rocznik 1921, Nr. 4. — Frankl-Hochwart: Zeitschr. f. Nerv., T. 37, 1909. — Feilchenfeld: Neur. Zbl., 1885. — Ganderer: Inaug. Dissert., Giessen 1889. — Goldzieher: Virch. Arch., T. 213, 1913. — Horrax-Bailey: Arch. of neurol. a. psych., T. 13, 1929. — Horrax: Arch. of neur. a. psych., T. 17 1927, — Klapprot: Centrbl. f. allg. Path. u. path. Anat., T. 32, 1922. — Kutschrenko: Centrbl. f. allg. Path. u. path. Anat., T. 37, 1926. — Hempel: Inaug. — Dissert., Pilsk. 1901. — Kny: Neur. Zbl., 1889. — Löwenthal: Ziegler Beitr. z. allg. Path. u. path. Anat., T. 67, 1920. — Marburg: Zeitschr. f. Nerv., T. 36. — Martin: Journ. de neurol. et psych. rocznik 23, Nr. 8, 1923. — Nothnagel: w med. Bl. 1888. — Oppenheim: Lehrbuch. — Oestreich u. Slawik: Virchows Archiv., T. 157. — Raymond i Claud: Bull. Acad Méd., Paris 1910. — Schulz: Neur. Zbl., 1886. — Mankowsky-Smirnow: Zeitschr. f. d. g. N. u. Ps., T. 121, 1929. — Jakobi: Zeitschr. f. Nerv., T. 71. — Uemura. Frankf. Zeitschr. f. Path. T. 20, 1917. — Volkmann: Zeitschr. f. d. ges. N. u. P., T. 84, 1923. — Walter: Zeitschr. f. d. ges. N. u. P., T. 83, 1923.

Robert BERNHARDT, Ordynator Szpit. Św. Łazarza. Warszawa.

Pryszczyca i spryszczenie.

W odczynach zapalnych skóry, którym nadaje się miano pryszczycowych i pryszczycowatych (pryszczycopodobnych), można odróżnić trzy gromady kliniczne spraw chorobowych. Grupa pierwsza dotyczy zapalenia skóry wywołanego, urazowego. Gromada druga mieści w sobie zbiór zdarzeń chorobowych, obejmujących zjawiska odczynów swoistych uczuleniowych (alergicznych). Do gromady trzeciej zaliczamy stany nieprawidłowe skóry, które należałoby nazwać pryszczycowemi w znaczeniu ściślejszem. Rozgraniczenie tych grup nie jest jednak bezwzględne. W roli łącznika występuje bowiem wspólnota bodźców chorobotwórczych, a częstokroć jeszcze wspólnota patogenetyczna. Pierwsza dotyczy wszystkich grup, druga głównie gromady drugiej i trzeciej. W wszystkich tych spostrzeżeniach wchodzi poza tem w grę ważny czynnik, zwany usposobieniem skóry. W gromadzie pierwszej zjawisko to oznacza, że skóra jest osobniczo odporna na wpływy bodźców szkodliwych środowiska otaczającego. Na ich działanie odpowiada ona odczynem chorobowym natężenia o wiele wyższego, niż skóra przeciętnie prawidłowa (niż większość ludzi, uważanych za prawidłowych pod względem dermatologicznym). W gromadzie drugiej i trzeciej pojęcie usposobienia jest równoznaczne z szczególną łatwością, z szczególną skłonnością do uczulania się skóry na działanie czynników wywołujących. Te skóry oddziaływują chorobowo na takie bodźce i na tak nikłe stężenia bodźców, jakie skóra prawidłowa znosi bezkarnie, bezodczynowo. Należy jednak zaznaczyć, że nawet ta tama nie jest nieprzekraczalna. Zważyć bowiem trzeba, że zjawisko odporności niedostatecznej musimy też zaliczyć do czynników, sprzyjających szczególnie łatwemu uczulaniu się skóry.

Pomiędzy temi odczynami chorobowemi ustala się zatem łączność oczywista, tak pożądana dla zrozumienia wielu spraw dermatologicznych. Mówię „pożądana" w tem znaczeniu, że tutaj rozważania teoretyczne pozostają w zgodzie najzupełniejszej z spostrzeganiem klinicznem. Z doświadczenia codziennego wiemy bowiem, jak trudne jest nakreślenie granic ściślejszych jakiejkolwiek grupy. Jeszcze trudniejsza bywa częstokroć czynność zaliczenia jakiegoś spostrzeżenia do danej gromady. Wyłamywanie się z typu, wykazywanie cech dwugrupowych spotyka się na każdym kroku. Jakie tłumaczenie można nadać takim zdarzeniom, jak można i należy ustosunkować się do nich, to wyniknie z dalszego rozważania przedmiotu.

I. O zapaleniu pryszczycowatem skóry wywołanem, urazowem *(Dermatitis arteficialis traumatica eczematiformis s. eczematoides)* można mówić w warunkach następujących: a) gdy czynnik szkodliwy powoduje zmiany natężenia silniejszego od przeciętnych; b) gdy odczyn skóry wykazuje cechy postaciowe, podobne do pryszczycowych (pęcherzyk, sączenie i t. d.); c) gdy nie udaje się wykazanie uczulenia swoistego skóry na bodziec wywołujący; d) gdy po zaniechaniu działania bodźca chorobotwórczego zmiany skóry ustępują bezpowrotnie. W zespole patogenetycznym trzeba liczyć się z czynnikami usposobiającemi i wywołującemi. Pierwsze mogą być osobnicze i stałe, albo też nabyte, przygodne. Warunki stałe wynikają z własności anatomicznych i czynnościowych skóry. Tutaj można wskazać na cienkość warstwy zrogowaciałej naskórka, łuskę rybią, uwłosienie nadmierne, stopień zabarwienia, łojotok, potnienie nadmierne i t. d. Poza tem pamiętać trzeba o istnieniu skór pozornie prawidłowych, a jednak niezwykle wrażliwych i mało odpornych na działania wszelkich bodźców zewnętrznych. Skóry takie ulegają łatwo zadrażnieniu i opieszale wyrównywują nawet najsłabsze uszkodzenia. Rzecz oczywiście zależy od wrodzonej małowartościowości tkanek. Z pomiędzy warunków sprzyjających przygodnych można wymienić stopień ukrwienia skóry, zastoinę żylną, obrzęk, schorzenia poprzedzające skóry, a zwłaszcza zapalne, schorzenia ogólne ustrojowe, okres wyzdrawiania i t. p.

Co się tyczy czynników wywołujących (zewnętrznych), zauważyć trzeba, że tutaj głównie wchodzi w grę: a) jakość bodźca (wpływy mechaniczne, aktyniczne, chemiczne i t. p.); b) właściwości szczególne bodźców (n. p. światło czerwone, fiołkowe, ciała chemiczne o budowie złożonej, gatunek rozmaitych przetworów, używanych w przemyśle, a więc smarów, olejów, terpentyny, barwików i t. p.); c) siła bodźca (n. p. stopień ciepłoty, stężenie ciała chemicznego); d) częstość jego zadziałania; e) czas trwania wpływów szkodliwych; f) miejsce podlegające urazowi; g) zadziałanie skojarzone kilku czynników zewnętrznych.

Warunki powstawania tych spraw zapalnych skóry chciałbym teraz zobrazować 3 przykładami klinicznemi.

Doświadczona praczka M. P. 48 lat wykonywa swój zawód w kilku gospodach, które obsługuje od dłuższego szeregu lat. W każdej gospodzie pranie i prasowanie trwa około tygodnia. Rozkład zajęć jest taki, że po ukończeniu jednego prania M. P. odpoczywa 2—3 dni, poczem na nowo zabiera się do pracy. Do tej pory M. P. nigdy nie miała do czynienia z żadnem schorzeniem skóry. Zdarzyło się, że dwie gospody jednocześnie zawezwały praczkę do roboty. Nie chcąc tracić stałych a dobrze płacących pracodawców, M. P. ułożyła się z nimi w ten sposób, że w jednym domu prała w dzień, a w drugim w nocy. Po 5—6 dobach wystąpiło zapalenie skóry obu rąk i przylegających części przedramion. Obraz chorobowy nie różnił się od spostrzeganego w zapaleniach zawodowych. Wykazywał on cechy wyraźne spryszczenia *(eczematisatio)*: zaczerwienienie i obrzmienie skóry, pęcherzyki różnej wielkości, krostki, nadżerki, sączenie, popękania i t. p.

Podczas rozważania szczegółów tego spostrzeżenia należało pomyśleć przedewszystkiem o uczuleniu zawodowem skóry. Praczki miewają do czynienia z wodą, mydłem, sodą, bielidłem, krochmalem i t. zw. farbką. Praczka M. P. stale używała jednego gatunku mydła, a poza tem sody i bielidła „oczyszczonego". Zastosowałem się do jej wskazówek i przetworami wskazanemi wyżej wykonałem próby uczuleniowe pedług metody Jaegera-Blocha. Wyniki były ujemne. To samo należy powiedzieć o 5 innych próbach „czynnościowych" nieswoistych, dokonanych zapomocą wyciągu pierwiosnkowego, nalewki pomornikowej, sublimatu, resorcyny i formaliny [1]).

Wobec takiego stanu rzeczy nie można było mówić tutaj o uczuleniu skóry swoistem lub nieswoistem i nie można było zaliczać tego spostrzeżenia do gromady odczynów zapalnych uczuleniowych (alergicznych). Zmiany skóry powstały widocznie od nadmiaru bodźca (przedłużenie czasu zadziałania), przyczem za dalszy czynnik współdziałający należałoby uważać wpływy cieplne oraz mechaniczne (tarcie). Rolę przygodnych warunków usposabiających można przypisać zmęczeniu fizycznemu, niedosypianiu oraz chwilowemu nadużyciu wyskoku (rzecz zwykła u praczek). Mieliśmy zatem do czynienia z zapaleniem skóry wywołanem i urazowem, powstałem wskutek wykonywania zawodu. *(Dermatitis profesionalis traumatica)*.

Przebieg sprawy był nader pomyślny. Zmiany ustąpiły szybko i nie pokazały się w umiejscowieniach nowych. Chora powróciła do zajęć po 2-tygodniowym okresie wyzdrawiania. Do tej pory nie spostrzegano nawrotu. Zdarzenie przytrafiło się przed 5 laty.

Przykład drugi dotyczy t. zw. służącej „do wszystkiego".

Gdy lato miało się ku końcowi a pracodawcy zapowiedzieli powrót do miasta, Józefa S. zabrała się do „porządków domowych". Pewnego dnia natarła ona zaprawą podłogę 4 pokojów oraz korytarza. W dwa dni po tej czynności wystąpiło zapalenie ostre pęcherzykowe skóry obu rąk. Zajęte były powierzchnie dłoniowe i grzbietowe.

Wykrycie bodźca chorobotwórczego było zatem niezwykle proste w tym przypadku. Ponieważ chora już niejednokrotnie zaprawiała podłogi, można było przypuścić, że ma się do czynienia z uczuleniem swoistem skóry. Do prób naskórnych sposobem Jaegera-Blocha użyto zaprawy gotowej oraz jej części składowych głównych (terpentyna, wosk). Osiągnięto wynik ujemny. Próby uczuleniowe ogólne (patrz wyżej) były także bezodczynowe.

Spostrzeżenie to jest zupełnie podobne do podanego wyżej. Zapalenie skóry widocznie powstało wskutek nadmiaru bodźca przy współudziale czynnika mechanicznego (wcieranie zaprawy). Warunków usposabiających szczególnych nie stwierdzono w tym przypadku. Sprawa wystąpiła wśród zupełnego zdrowia a nawet po względnym odpoczynku kilkotygodniowym, połączonym z niższą skalą zajęć zawodowych. Wydaje się, że znaczenie rozstrzygające trzeba tutaj przypisać własnościom użytego ciała chemicznego. Dawniej już wskazywałem [2]), że skóra prawidłowa jest niezwykle wrażliwa na olej terpentynowy, który nie nadaje się właściwie do stosowania szerszego w próbach uczuleniowych. Zdanie takie ostatnio jeszcze wypowiadają Br. Bloch i A. Steiner-Wourlisch, C. Stern, K. Steiner. W żadnym wypadku nie należy stosować terpentyny *per se*, jak to pierwotnie czynił Jaeger i Bloch. Z doświadczenia mojego oddziału wynika, że terpentyna 5% (*Ol. Terebinth.* 5 i *Ol. Olivar* 95) daje około 5% odczynów, stężenie 10% około 25%, stężenie 50% około 80% odczynów, przy użyciu zaś olejku terpentynowego nierozcieńczonego wynik dodatni spostrzega się niemal w 100%. Z tych względów zarzuciliśmy olejek terpentynowy w próbach uczuleniowych ogólnych. W tych zaś razach, gdy podejrzywamy uczulenie swoiste, zalecamy stężenie 5 i 10%. W przypadku wątpliwym przechylamy jednak szalę w stronę stężenia najsłabszego (5%).

Przypadek trzeci. Ból zębów i obrzmienie twarzy zachęciło 22-letnią Filomenę Z. do posmarowania nalewką jodową policzka prawego i zastosowania okładu rozgrzewającego z wody zwykłej. Drugiego dnia po zabiegu wystąpiły objawy schorzenia skóry.

Na policzku prawym, obrzmiałym wyraźnie, stwierdza się zjawiska zapalenia ostrego skóry rozlanego i plamistego. Sprawa wykazuje cechy rumienia zwykłego oraz rumienia pokrzywkowatego. Niektóre wykwity plamiste są pokryte pęcherzykami niedrobnemi a nawet pęcherzami wielkości miernej. Swędzenie jest dosyć znaczne. Rzecz uprawnia do przypuszczenia, że ma się do czynienia z uczuleniem swoistem (lekowem). Wykonano następujące próby uczuleniowe metodą Jaegera-Blocha.

Nalewka jodowa 1 : 10 (—) (posmarowanie),
Nalewka jodowa 1 : 10 (na sucho pod ceratką) (—),
Płyn Lugola (okład) (—),
Okład parujący z wody zwykłej (—),
Posmarowanie nalewką jodową + okład parujący z wody zwykłej (++),
Resorcyna 2% (—),
Sublimat 1/10% (—),
Formalina 4% (—),
Nalewka pomornikowa (—),
Wyciąg pierwiosnkowy (—).

Stan chorej poprawił się szybko. 5-tego dnia F. Z. wyleczona opuściła szpital.

W tem spostrzeżeniu nie mogliśmy mówić o właściwej alergji skóry, nie wykryliśmy bowiem uczulenia swoistego ani też wielowartościowego. Mieliśmy natomiast do czynienia z działaniem skojarzonem trzech bodźców: 2 ciał chemicznych (woda, jod), oraz czynnika fizykalnego (ciepło wilgotne). Żaden z tych bodźców nie uszkadzał skóry, gdy stosowano go oddzielnie. Odczyn wystąpił dopiero w następstwie współdziałania tych czynników. Fakt ten wynikał już z wywiadu, stał się jednak zupełnie oczywisty i przekonywający w doświadczeniu klinicznem. Nie zdołaliśmy wprawdzie spowodować zmian natężenia, równego odczynowi naturalnemu. Można to jednak wytłumaczyć okolicznością, że odczyn sztuczny wywoływano w skórze zupełnie prawidłowej, podczas gdy naturalny wystąpił w skórze obrzękłej (wskutek zapalenia okostnej). Jakość zmian jednak nie różniła się zasadniczo. Obrzęk skóry należałoby uważać za czynnik, sprzyjający nasileniu się zjawisk zapalnych.

Przytoczone spostrzeżenia kliniczne wyjaśniają dostatecznie, w jaki sposób mogą powstawać zapalenia wywołane urazowe w skórze nieuczulonej swoiście. Pierwsze dwa przypadki wykazują cechy sprawy zawodowej, trzeci jest zbliżony do odczynów lekowych. Wpływ szkodliwy czynników zewnętrznych sprowadza się głównie do nadmiaru bodźca, do jego własności szczególnych oraz do nietrafnego skojarzenia kilku wywoływaczy. Poza tem mogą jeszcze wchodzić w grę warunki sprzyjające ogólne i miejscowe. Wydaje się jednak, że bodźce wywołujące zewnętrzne posiadają tutaj znaczenie najistotniejsze i rozstrzygające. Sama sprawa chorobowa jest raczej zdarzeniem przygodnem. Do niej można słusznie zastosować zdanie: *sublata causa cessat effectus*. Schorzenie może wznowić się jedynie wówczas, gdy powtórnie powstanie splot patogenetyczny jednaki lub bardzo podobny do swego pierwowzoru (patrz spost. III). Jeżeli osobnik został objaśniony należycie co do tego stanu rzeczy, jeżeli jest rozsądny i ostrożny, można spodziewać się, że w przyszłości zdoła on uniknąć zdarzeń podobnych. Spostrzeżenie pierwsze świadczy o tem najwymowniej.

Przypuśćmy jednak, że zapalenie urazowe skóry wznawia się okresowo. Przypuśćmy, że dzieje się to wskutek braku uświadomienia, wskutek zbiegu okoliczności, albo też z powodu warunków trudnych pracy zawodowej. Wówczas zdarzyć się może, że dany osobnik ulegnie stopniowo uczuleniu swoistemu, a prawdopodobieństwo takiego zdarzenia będzie tem większe, im znaczniejsze będzie — *ceteris paribus* — usposobienie do uczulenia się wogóle. W tem miejscu rozważań wkraczamy na pomost, łączący zapalenie zwykłe wywołane urazowe z odczynem skóry wywołanym alergicznym.

[1]) Temi próbami stale posługuję się w moim oddziale dermatologicznym. Niekiedy dochodzi do nich jeszcze próba terpentynowa (5 i 10%).

[2]) R. Bernhardt. W sprawie pryszczycy. Pol. Gaz. Lek. Nr. 2, 1925 r.

II. Zapalenie pryszczycowate skóry wywołane, uczuleniowe *(Dermatitis arteficialis allergica eczematiformis).* W tej grupie faktów klinicznych ma się do czynienia z sprawami zapalnemi, powstającemi w skórze, nastawionej na odczyn, określony zgóry. Niezbędnym warunkiem występowania odczynu jest bezpośrednie zetknięcie się takiej skóry z odpowiednim wywoływaczem. Sprawę można sobie wyobrazić jako następstwo oddziaływania wzajemnego dwóch ciał chemicznych — jadu i jego niwecznika (wywoływacz + niwecznik = odczyn chorobowy). Wywoływacz (jad, antigène) wywiera działanie z zewnątrz poprzez skórę — na wewnątrz, albo też z wewnątrz poprzez skórę — na zewnątrz. Zdarzenie pierwsze widocznie spostrzega się o wiele częściej. Siedliskiem niweczników — wedle poglądów nowoczesnych — jest tkanka żywa, w danym zaś razie pierwiastki komórkowe skóry a w szczególności naskórka. Zetknięcie się wywoływacza z niwecznikiem odbywa się widocznie na zasadzie powinowactw chemicznych i biologicznych. W następstwie takiego zadziałania powstają w komórce zmiany fizyko-chemiczne i biochemiczne. Wynikiem jest odczyn zapalny, który należałoby oceniać jako zarządzenie obronne i celowe (patrz dalej).

Wydaje się jednak, że w odczynach alergicznych naskórek nie jest siedliskiem wyłącznem niweczników. Niemało danych klinicznych wskazuje, że uczuleniu mogą jeszcze podlegać pokłady górne skóry właściwej, a mianowicie naczynia krwionośne warstwy brodawkowej i podbrodawkowej. Za takiem ujęciem zagadnienia najwidoczniej przemawia okoliczność, że naskórek i warstwa brodawkowa skóry stanowi zjednoczoną całość czynnościową. Przypuszcza się następnie, że czynniki zewnętrzne zahaczają się przeważnie (lecz niewyłącznie) o naskórek, podczas gdy bodźce, działające z wewnątrz na skórę, ulegają związaniu głównie w układzie naczyniowym. W zależności od umiejscowienia zaczepu odczyny chorobowe mogą wykazywać odmienność postaciową. Wywoływacze uczulenia naskórkowego zazwyczaj sprowadzają zmiany pęcherzykowe (pryszczycowate), bodźce zaś wewnętrzne zmiany rumieniowato-pokrzywkowate i rumieniowato-pęcherzowe (= rumień wysiękowy wielopostaciowy). Przewaga tego lub innego typu postaciowego może zależeć w danym razie od przewagi ilościowej niweczników w naskórku lub w sieci naczyniowej, od różnicy stopnia uczulenia tych układów a wreszcie od pierwszeństwa czasu. Zdarza się poza tem, że niektóre czynniki zewnętrzne wywołują głównie odczyn rumieniowato-pokrzywkowaty (rośliny: pokrzywa, pewne gatunki sumaka — *rhus,* świetlik lekarski — *euphrasia officinalis* i t. d.), owady (n. p. *pediculoides ventricosus,* gąsienica wędrująca — *bombyx processionea),* leki (n. p. morfina), promienie słoneczne, prąd galwaniczny), podczas gdy bodźce wewnętrzne mogą spowodować zmiany pęcherzykowe (leki (adalina, urotropina, salol i t. p.), pokarmy rozmaite [3]), wyskok, kawa i t. p.). Bywa też, że jakieś ciało chemiczne (najczęściej lek) najpierw działa z zewnątrz na naskórek, po wessaniu się zaś wywiera wpływ z wewnątrz — poprzez skórę nazewnątrz, zahaczając się o uczulony układ naczyniowy.

Te złożone warunki patogenetyczne sprawiają, że zmiany patologiczno-anatomiczne odczynów alergicznych skóry wykazują wielopostaciowość niezwykła. Rzecz staje się zrozumiała tem więcej, gdy uwzględni się, jaki bezlik ciał chemicznych posiada zdolność uczulania skóry. Każde z nich może nadać odczynowi jeszcze pewne piętno odrębności, wynikające z właściwości budowy chemicznej. Każde z nich może zatem jeszcze pogłębić wielopostaciowość obrazu chorobowego. Zakażenia ropne narzucone dopełniają reszty.

Wielopostaciowość zmian skóry, mieszcząca w sobie wykwit pęcherzykowy z skłonnością do sączenia, przeznaczyła odczynowi alergicznemu miejsce w gromadzie pryszczyc. Mówiło się o pryszczycy ostrej *(eczema acutum),* obejmującej także całokształt spraw zapalnych wywołanych urazowych. Jest to zrozumiałe, gdy zważy się, że zapalenie ostre urazowe częstokroć bywa jeno wstępem i okresem przygotowawczym odczynu uczuleniowego. Za zasługę niepożytą B e s n i e r a należy poczytywać wyodrębnienie tych spraw chorobowych i przeciwstawienie ich pryszczycy prawdziwej. B e s n i e r zwrócił uwagę na podobieństwa postaciowe i dla oznaczenia takich zmian podsunął nazwę: „spryszczenie" *(eczematisatio).* Dalsze podobieństwo wynika jeszcze z tego, że zapalenie wywołane uczuleniowe i odczyn pryszczycowy posiada wspólny mechanizm powstawania i że zapalenie urazowe i uczuleniowe może nasilić lub wywołać odczyn pryszczycowy skóry (patrz „W sprawie pryszczycy" l. c.). Ten stan rzeczy bywa źródłem wielu nieporozumień. Można jednak złagodzić je a nawet usunąć, gdy zarzucimy pojęcie „choroby" a weźmiemy pod uwagę „stan chorobowy". W zapaleniu pryszczycowatem alergicznem mamy do czynienia z uczuleniem swoistem jednowartościowem, w pryszczycy zaś z uczuleniem nieswoistem wielowartościowem. Odczyn pierwszy wykazuje cechy sprawy ostrej, ustępuje bez śladu po usunięciu wiadomego czynnika szkodliwego i nie wznawia się bez jego udziału bezpośredniego. Pryszczycę może spowodować każdy bodziec dowolny. Odczyn taki prowadzi życie niezależne: trwa, ustępuje, wznawia się bez współudziału bodźca swoistego, a częstokroć nawet bez powodu widomego i wykrywalnego. Sprawa jest przewlekła w przebiegu i wykazuje ponad to zmiany tkankowe trwalsze.

Uczulenie swoiste skóry bywa wrodzone i nabyte, spowodowane bodźcami wewnętrznemi (pokarmy, leki), oraz zewnętrznemi (głównie podniety chemiczne pochodzenia najrozmaitszego). W jednej grupie faktów odczyn występuje już po pierwszem zetknięciu się skóry z wywoływaczem, w drugiej rzecz ujawnia się dopiero po wielokrotnem zadziałaniu bodźca szkodliwego (t. zw. okres przygotowawczy). W wypadku pierwszym mówi się o idjosynkrazji, a zatem o uczuleniu wrodzonem, ściśle osobniczoswoistem i częstokroć rodzinnem, dziedzicznem. W wypadku drugim ma się do czynienia z uczuleniem nabytem, z alergją w znaczeniu właściwem słowa. Wydaje się jednak, że trudno przeprowadzić granicę ścisłą pomiędzy idjosynkrazją i alergją, a także pomiędzy osobnikiem uczulonym i nieuczulonym (D o e r r). Zważyć bowiem trzeba, że udowodnienie stanów idjosynkrazji niewątpliwej nie jest rzeczą łatwą. Nie można przecie zaręczyć napewno, że dany osobnik nigdy nie miał dotychczas do czynienia z wywoływaczem odpowiednim. Zetknięcie się bynajmniej nie musi być częste, a uczulić się można nawet bez widomych odczynów zapalnych. Tutaj przedewszystkiem wchodzi w grę czynnik konstytucojalny i od jego poziomu wysokiego najwidoczniej zależy łatwość uczulania się ustroju i tkanek. Dawka bodźca wywołującego częstokroć bywa tak nikła, że w warunkach zwykłych wcale nie wchodzi w rachubę. W innej grupie zdarzeń konstytucjonalizm schodzi jednak na plan dalszy a miejsce naczelne obejmuje jakość i ilość wywoływacza. Istnieją bodźce, względem których mnóstwo ludzi wykazuje wrażliwość niezwykłą. Stwierdzono n. p., że kto ma do czynienia z ziarnem zanieczyszczonem przez *Pediculosis ventricosus,* niechybnie dostaje pokrzywki (A n c o n a). Uczulenie na sumaki jadowite *(Rhus toxicodendron)* wykazuje się w 65% spostrzeżeń (Mc N a i r, S p a i n). Wrażliwość skóry na formol a zwłaszcza na terpentynę (R. B e r n h a r d t, S t e r n, K. S t e i n e r — 86—100%), a także na niektóre leki (n. p. ortoform), jest zjawiskiem, znanem powszechnie (Br. B l o c h). Wydaje się, że pewne gatunki pierwiosnka należą także do tej grupy. W tych wszystkich zdarzeniach zasadniczo nie ma się już prawa mówić o idjosynkrazji. Tutaj odczyny zapalne należą do spraw tak pospolitych, że zupełnie zatraca „jakość" zjawiska i zaciera się granica pomiędzy skórą prawidłową a uczuloną. Staje się też zrozumiałe, że w pewnych warunkach doświadczalnych można jeszcze zwiększyć odsetek uczulenia swoistego (około 50% w ortoformie — L. S c h w a r z s c h i l d, 61—100% w pierwiosnku — Br. B l o c h i A. S t e i n e r-W o u r l i s c h). Szczególnie pouczające są prace Br. B l o c h a i A. S t e i n e r a-W o u r l i s c h a. Bezwzględne wymuszanie uczulenia pierwiosnkowego w każdym przypadku doświadczalnym widocznie zachęca do wniosku przedwczesnego, że w tej sprawie usposobienie osobnicze posiada znaczenie dalekorzędne. Rzecz nie wydaje się słuszną. W doświadczeniach tych zwraca bowiem uwagę, że przy użyciu bodźca stężenia określonego różni osobnicy uczulali się w czasie rozmaitym i w stopniu rozmaitym. Zjawisko niewątpliwie zależało od warunków konstytucjonalnych, od poziomu usposobienia osobniczego. Nie rozstrzygnięto poza tem ostatecznie, jak długo trwał stan uczulenia skóry ($1^1/_2$ roku w jednem z spostrzeżeń B l o c h a). Zważyć też trzeba, że tutaj używano bodźca, zadrażniającego łatwo skórę, a stosowano go w stężeniu tak znacznem, jakiego nie spotyka się w warunkach zwykłych pracy. Najwidoczniej wywoływano zapalenie urazowe *(Dermatitis arteficialis traumatica),* które budziło do życia utajone usposobienie skóry do odczynów alergicznych wogóle. Że w danym razie powstało uczulenie pierwiosnkowe, jest wynikiem celowego nastawienia doświadczeń. Przy użyciu innego wywoływacza i przy odpowiedniem poprowadzeniu doświadczenia z pewnością osiągniętoby wyniki podobne. Przypadek widocznie zrządza, na jakie ciało chemiczne uczula się dany osobnik. Widoki będą tem większe, im częściej skóra stykać się będzie z odpowiednim wywoływaczem. Takie wa-

---

[3]) R. B e r n h a r d t. O pryszczycy prawdziwej pochodzenia anafilaktycznego. Pol. Gaz. Lek. Nr. 7, 1924 r.

runki powstają najpospoliciej podczas wykonywania pracy zawodowej.

Ze względów powyższych wydaje się nieścisłe zdanie Br. Blocha, że „drogą doświadczalną można u każdego osobnika prawidłowego (normalnego) spowodować idiosynkrazję pierwiosnkową“ (durch das Experiment wird jeder Normale zum Primelidiosynkrasiker). Należało zadowolnić się jedynie pierwszą częścią wniosku głoszącą, że bodziec, oceniany jako „typowy idiosynkratyczny“, może w określonych warunkach doświadczalnych wywołać uczulenie nabyte u każdego — bez wyjątku człowieka. Stwierdzenie tego faktu oceniam jako rzecz najważniejszą. Nie należy przesądzać przyszłości. Byłbym jednak zdania, że w chwili obecnej trzeba jeszcze trzymać się rubieży, rozgraniczającej uczulenie wrodzone (idiosynkrazja właściwa) od uczulenia nabytego (alergja właściwa). Klinika zachęca do tego najwidoczniej. Należy natomiast uważać za wielką zasługę Br. Blocha udowodnienie doświadczalne faktu, że zdolność uczulania się skóry na bodźce zewnętrzne jest zjawiskiem tak pospolitem, iż poczytywać je można niemal za powszechne. Można byłoby nawet przypuścić, że zależy ono od własności biologicznych skóry, że jest zarządzeniem obronnem naturalnem, mającem na celu wydalenie szkodnika z tkanki skórnej i zabezpieczenie całego ustroju od wpływu ujemnego głębszego bodźców zewnętrznych. Jeżeli ktokolwiek nie uległ uczuleniu, tłumaczyć to należy okolicznością, że do tej pory nie miał sposobności zetknięcia się wydajnego — jakościowego i ilościowego z wywoływaczem odpowiednim. Tutaj życie widocznie jeszcze nie stworzyło warunków, zniewalających do uruchomienia odpowiednich sił obronnych.

Obecność tych warunków — ustrojowych i pozaustrojowych — stanowi widocznie jeden z najistotniejszych czynników usposabiających. Tem jedynie można byłoby wytłumaczyć, dlaczego w sprawach zawodowych chorzeje tylko pewien odsetek robotników. Wystawianie się na działanie wpływów szkodliwych *(expositio)* niezawsze odbywa się w okolicznościach jednakich, niezawsze bywa wielkością stałą. Wynika to z oczywistością wyraźną z prac nad uczuleniem pierwiosnkowem. Przerabiałem doświadczenia Blocha-Steinera-Wourlischa i przekonałem się o następującem. Gdy usiłowałem wymusić uczulenie zwykłym wyciągiem wyskokowym, osiągnąłem wynik dodatni zaledwie w 5% spostrzeżeń i po 15—18-krotnem zadziałaniu. Po zastosowaniu wyciągu, otrzymanego wedle wskazówek B. Walthard a (Archiv f. Derm. 156), odsetek odrazu zwiększył się do 50 (po 3—5 krotnem zadziałaniu). Uczulenie było jednak głównie miejscowe (9 : 11). Uczulenie całej powierzchni skóry stwierdzono jedynie w 18% przypadków (2 : 11). Aczkolwiek stosowałem wyciąg (eterowy) pierwiosnka odwrotnie stożkowatego *(Primula obconica Hance)*, było rzeczą oczywistą, że nie zdołałem stworzyć sumy warunków doświadczalnych, odpowiadających Blochowskim *(expositio)*. W grę mogły wchodzić nawet odmienności rasowe (nietylko osobnicze). I to jest zupełnie zrozumiałe i zgodne z tem, co spostrzega się w pracy zawodowej. Gdy zasięgałem wiadomości w jednym z zakładów ogrodniczych warszawskich, uprawiających na skalę szeroką hodowlę tej rośliny, dowiedziałem się, że z wyjątkiem jednej osoby — wszyscy pracownicy oddziaływują dodatnio na działanie pierwiosnka. Kto pracuje pierwsze 2—3 lata, doznaje jedynie swędzenia skóry rąk i przedramion. Odczyny zapalne wyraźne występują dopiero w 3—5 roku pracy zawodowej. U ogrodników starych następuje przyzwyczajenie się do bodźca, swędzenie pierwiosnkowe należy jednak do objawów zwykłych. Z doświadczenia własnego wiem, że gdy na wiosnę przesadzam do świeżych doniczek większą liczbę tych roślin, doznaję przykrego swędzenia skóry rąk a zwłaszcza prawej. Gdy w roku zeszłym zbierałem większą ilość świeżych liści i krajałem je w paseczki, przygotowując materjał do wyciągu eterowego, swędzenie było tak przykre, iż należało przerwać robotę. Wytarcie skóry wyskokiem lub eterem, wymycie wodą i mydłem natychmiast usuwało swędzenie. Nadmienia się przytem, że nie wykazuję uczulenia swoistego pierwiosnkowego w zwykłych próbach metodą Jaegera-Blocha. Inaczej zachowuje się mój ogrodnik. Odczyn zapalny rąk a głównie przedramion wystąpił u niego w 3-im roku hodowlanym. Ogrodnik ten ma po raz pierwszy do czynienia z pierwiosnkiem. Uwzględnić jednak trzeba, że warunki jego pracy zawodowej są bardziej złożone. Skóra jego nietylko podlega częstemu zadziałaniu pierwiosnka, lecz poza tem styka się jeszcze z innemi roślinami, z nasionami, cebulkami, kłączami, z ziemią i nawozem, z farbami, terpentyną, ciałami smolistemi i t. p. Często przytrafiają się też uszkodzenia mechaniczne skóry rąk. Tutaj powstaje zatem zupełnie inny zespół warunków patogenetycznych, niż w mojem zdarzeniu. Ja wystawiam się na działanie bodźca rzadko, przygodnie i w razie potrzeby natychmiast wycofuję się z pod wpływu szkodliwego. Ogrodnik natomiast uszkadza skórę inaczej — częściej, silniej, zawodowo. Te różnice warunków mogłaby wyrównać jedynie różnica poziomu usposobienia osobniczego.

Jeżeli jeszcze raz weźmiemy pod uwagę, co powiedziano wyżej, wypadnie zaznaczyć, że zapalenie wywołane alergiczne jest następstwem zadziałania bodźca na skórę, uczulona swoiście. Warunkiem niezbędnym powstawania zmian chorobowych jest zatem zetknięcie się wywoływacza swoistego ze skórą, uwrażliwioną swoiście. Wielkość i jakość odczynu jest wynikiem wzajemnego oddziaływania bodźca i usposobienia osobniczego skóry.

Co się tyczy bodźców zewnętrznych (wywołujących), przypuścić należy, że powodują one nikłe i utajone stany zadrażnienia skóry, niewidome okiem gołem. Zmiany kliniczne zjawiają się dopiero po pewnym okresie przygotowawczym, który może być krótszy lub dłuższy w zależności od przypadku (n. p. 1—2 lata w odczynie ursolowym — *dermatitis ursolica*, 2—3 lata w zapaleniu pierwiosnkowem — *dermatitis primulosa* i t. p.). W ocenie działania bodźca trzeba liczyć się z wszystkiemi współczynnikami, wymienionemi podczas omawiania warunków powstawania zapalenia wywołanego urazowego (patrz wyżej — *Dermatitis arteficialis traumatica)*. Do nich można jeszcze dodać 3 działy uzupełniające: 1) rozległość przestrzeni, podlegających wpływom bodźca; 2) obecność uszkodzeń a zwłaszcza ubytków warstwy zrogowaciałej naskórka; 3) zmiana dróg dowozu ciała uczulającego.

Do czynników usposabiających szczególnych należą cechy wrodzone i nabyte, anatomiczne lub czynnościowe, właściwe każdemu osobnikowi (patrz *Dermat. artef. traumatica)*. Za warunek ogólny a nieodzowny powstawania zjawiska należy jednak poczytywać skłonność ustroju i tkanek do uczulenia się wogóle. Co jest przyczyną tej skłonności, na czem ona polega i z czego wynika, nikt nie wie dotychczas. Mówi się jedynie i ogólnikowo o usposobieniu do spraw uczuleniowych a nawet o skazie alergicznej *(Diathesis allergica)*. Przypuszcza się, że to usposobienie bywa wrodzone lub nabyte, że może być wyrazem chwiejności układu koloidowego, skłonności do pewnych spraw fizyko- i biochemicznych, że może być uzależnione od zaburzeń układu nerwowego autonomicznego i t. d. Wskazuje się przytem, że wszystkie te stany bynajmniej nie muszą być przyczyną, lecz mogą być następstwem spraw uczuleniowych. Dlatego też przypuszczałbym, że w ujęciu pojęcia o usposobieniu dziś nie powinniśmy (właściwie nie możemy) jeszcze wybiegać poza ramy najogólniejsze zjawiska. Wystarczy, gdy uświadomimy sobie, że odrębny (odstępujący od prawidła) stan fizykalno-chemiczny tkanek może stwarzać warunki odmiennego ich oddziaływania na bodźce wywołujące.

Zmieniony sposób oddziaływania skóry nie polega jednak na odrębnościach postaciowych. Widzieliśmy bowiem, że tutaj obrazy kliniczne najczęściej wykazują mniej lub więcej wyraźne objawy pryszczycowate *(eczematisatio)*. Co znamionuje odczyny alergiczne i nadaje im piętno odrębności oraz swoistości, posiada wartość raczej miernika czynnościowego. Do takich można zaliczyć: a) występowanie odczynu pod wpływem jedynie wywoływacza określonego lub ciała pokrewnego chemicznie (= uczulenie swoiste, jednowartościowe wzgl. grupowe); b) obecność okresu utajenia, który wynika z okoliczności, iż chwilę ujawnienia się odczynu chorobowego dzieli pewien czas od chwili zadziałania bodźca; c) nasilanie się stopniowe stanu uczulenia, polegające na tem, że w nawrotach skróceniu ulega okres wylęgania, zmniejszeniu zaś dawka wywoływacza; d) osiągalność uczulania biernego (sposobem Praussnitza-Küstnera lub Königsteina-Urbacha); e) osiągalność odczulenia swoistego *(desensibilisatio)*. To są najistotniejsze cechy odczynu alergicznego skóry, który można jeszcze uzupełnić znanym faktem klinicznym, że po trwałem usunięciu bodźca sprawa chorobowa nie ulega wznowie.

Powyższe warunki patogenetyczne postaram się zobrazować w kilku przykładach klinicznych.

1. 52-letnia p. F. od 15 lat ma do czynienia z nawrotową sprawą zapalną skóry. Schorzenie było ujmowane jako pryszczyca „artretyczna“ i leczone dietą, środkami wewnętrznemi i zewnętrznemi. Kilkakrotnie zalecano pobyt w Karlowych Warach. Obecny nawrot wystąpił nagle w miejscach, które zawsze i stale bywały siedliskiem sprawy chorobowej. Jeden rzut oka na zmiany skóry naprowadził myśl na drogę rozpoznania właściwego. Zapalenie ostre skóry rąk, przedramion i twarzy, przebiegające z obrzękiem wybitnym i z odczynem pęcherzykowo-pęcherzowym, odrazu wzbudzało podejrzenie co do uczulenia pierwiosnkowego. Obecność w mieszkaniu pierwiosnka odwrotnie stożkowatego *(Primula obc.)*, a także dane wywiadu najwidoczniej potwierdzały

to przypuszczenie. Okazało się bowiem, że pani F. jest wielką miłośniczką pierwiosnka i od szeregu lat hoduje pieczołowicie tę roślinkę wdzięczną (do 50 doniczek jednorazowo). Próby naskórne alergiczne ujawniły pierwiosnkowe uczulenie swoiste (jednowartościowe). Silny odczyn rumieniowato-pęcherzykowy wystąpił po zastosowaniu nalewki pierwiosnkowej oraz liścia świeżego. Chorej wyjaśniono dokładnie istotę sprawy chorobowej i przyczynę jej powstawania. Od tej pory minęło 6 lat. Schorzenie nie wznawia się i p. F. jest zupełnie zdrowa pod względem dermatologicznym.

2. Pierwszego dnia świąt Bożego Narodzenia zostałem wezwany do pani D. Wskazano mi, że chora „znowu uległa napadowi ostremu swojej pryszczycy nerwowo-artretycznej". Zmiany mieściły się na rękach i twarzy a w obrazie klinicznym nie różniły się od wspomnianych wyżej. Z wywiadów dowiedziałem się, że w dniu wigilijnym chora została obdarowana kwiatami, nadesłanemi przez znajomych. Wśród kwiatów było kilka doniczek pierwiosnka, który pn. D. lubi szczególnie. Kwiaty przynoszono pomiędzy 12—2 godz. w południe. Chora rozstawiała je i podlewała własnoręcznie. Już o godz. 5-ej po południu ręce i twarz uległy obrzękowi zapalnemu tak znacznemu, że p. D. nie mogła zasiąść do wieczerzy.

Rozpoznanie nie nastręczało żadnych trudności. Uwagę szczególną zwracał jeno niezwykle krótki okres wylęgania (4—5 godzin). Uczulenie skóry było ściśle swoiste (próby jak wyżej). Odczyn był wybitny.

Po wyleczeniu i uroczystem wyklęciu pierwiosnka spokój trwał trzy lata. Aliści przytrafiło się, że p. D. odwiedziła znajomą, z którą rozmawiała siedząc przy okrągłym stoliku pokoju bawialnego. Na stole znajdowała się doniczka pierwiosnka. Pani D. zdjęła rękawiczki i położyła je na stole. Żegnając się wzięła rękawiczki i w tym czasie dotknęła się liści grzbietem ręki prawej. Wieczorem tegoż dnia wystąpiło zapalenie skóry ręki prawej i lewej. Odczyn był natężenia miernego i minął szybko. Zdarzenie świadczy o wysokim stopniu uczulenia, gdyż dawka wywoływacza tutaj była zaiste homeopatyczna (zetknięcie się mimowolne z bodźcem chorobotwórczym).

3. Pani Z. siwieje. Niewiasta stosunkowo młoda i bardzo przystojna pragnie ukryć „wadę kosmetyczną", lęka się jednak barwików zwykłych. Usłużna przyjaciółka doradziła jej stosowanie „niewinnej farby orzechowej" i zaofiarowała przepis odpowiedni. Był to wyciąg wyskokowy zielonych łupin orzechowych. Pani Z. była bardzo zadowolona z tego przetworu roślinnego i przez 3 lata używała go z powodzeniem. W dwa dni po ostatniem zabarwieniu włosów chora poczuła pieczenie i swędzenie skóry głowy a po upływie 2 dni następnych wystąpiło zapalenie sączące głowy, twarzy, szyi i małżowin usznych. Podejrzenie padło na barwik. Metodą J a e g e r a-B l o c h a wykonałem próby naskórne zapomocą barwika oraz łupin świeżych (rzecz miała się na jesieni). Wyjaśniło się, że cała powierzchnia skóry uległa uczuleniu swoistemu (jednowartościowemu).

W tem spostrzeżeniu zaleciłem metodę leczenia odczulającego swoistego. Wzorując się na przykładach S t r i c k l e r a stosowałem wstrzykiwania doskórne wyciągu wodnoglicerynowego, a poza tem podawałem doustnie nalewkę wyskokową łupin orzechowych zielonych. Wynik był pomyślny. Po osiągnięciu odczulenia całkowitego skóry (co stwierdzono zapomocą prób naskórnych), doradziłem chorej powtórne zabarwienie włosów. Zabieg dał wynik pożądany: nie było odczynu zapalnego. Obecnie pani Z. nadal barwi włosy „farbą orzechową", którą znosi dobrze (około 2 lat).

4. Panna J., pracownica fabryki czekolady i cukrów, chorzeje z przewlekłego zapalenia pryszczycowatego rąk a zwłaszcza palców. Sprawa trwa około roku i powraca uporczywie pomimo leczenia starannego. Zajęcie polega na zawijaniu karmelków. Podczas wykonywania tej czynności ma się do czynienia z karmelkiem, z cienkim papierem parafinowanym oraz z opakowaniem zewnętrznem czyli z papierem zwykłym, zadrukowanym wzorzyście farbami anilinowemi. Zapomocą prób naskórnych stwierdzono obecność jedynie uczulenia swoistego karamelowego. Po wyjaśnieniu tego stanu rzeczy przeniesiono pannę J. do innego działu wytwórczości. Od tej pory schorzenie skóry nie powracało.

5. 56-letnia F. G. od 15 lat narzeka na dotkliwe swędzenie sromu, wynikające ze stanu marskości *(Kraurosis vulvae)*. Chora leczyła się bezustannie a między innemi stosowała przez czas długi anestezynę w maściach i zasypkach. Ubiegłe 2—3 lata były względnie niezłe i p. F. G. zadowalniała się wódką salicylowomentolową i talkiem. Ostatnio nastąpiło jednak bardzo znaczne nasilenie się swędzenia w łączności z silnym wstrząsem nerwowym. Zaleciłem maść anestezynową 10% w zaróbce wazelinowej. Chora zastosowała maść około 10-ej godz. wieczorem. Swędzenie nie uległo zwolnieniu a o 3-ej godz. po północy stało się tak nieznośne, iż p. F. G. zmyła oliwą maść i kładła okłady z wody kwaśnej. W godzinach południowych stwierdziłem zapalenie ostre rumieniowo-pęcherzykowe skóry sromu, łona, pachwin, ud, pośladków. Obrzęk był znaczny. Skóra sączyła w głębi fałd pachwinowych. Próby naskórne wykazały wybitne uczulenie anestezynowe i mierne cykloformowe. Próba ortoformowa była natomiast ujemna. Odczyn próbny anestezynowy nasilił zapalenie sromu, odczyn cykloformowy uczynił to samo w stosunku do odczynu próbnego anestezynowego oraz do zapalenia sromu (działanie z oddali — odczyn ogniskowy). Próba uczulenia biernego sposobem P r a u s s n i t z a-K ü s t n e r a dała wyniki dodatnie wyraźne.

Wszystkie przytoczone spostrzeżenia wykazują cechy odrębności oddziaływawczej, podane wyżej, i należą zatem do spraw pryszczycowatych wywołanych uczuleniowych *(Dermatitis arteficialis allergica eczematiformis)*. Pod względem klinicznym znamionuje je nadewszystko ścisła swoistość patogenetyczna i bezwzględne uzależnienie odczynu od miejsca, czasu i częstości zadziałania bodźca. Odczyny mogą występować przygodnie (spostrz. II), w warunkach pracy zawodowej (spostrz. IV) i półzawodowej (spostrz. I), a także w następstwie zabiegów leczniczych (spostrz. V) i kosmetycznych (spostrz. III). Rolę wywoływacza odgrywa jakieś określone ciało, albo też grupa ciał pokrewnych chemicznie (spostrz. V). W zdarzeniu drugiem powstają pozory wieloważności. Tutaj można bowiem mieć do czynienia z bodźcami pozornie tak różnorodnemi, iż zrodzić się może podejrzenie nieswoistości odczynowej. Okazało się jednak, że w tych wszystkich razach skóra nie uczula się na jakiś przetwór, na ciało indywidualne, lecz na jądro chemiczne, określone ściśle i występujące stale w szeregu związków chemicznych pokrewnych. Tak więc w jodoformie i w przetworach pokrewnych bynajmniej nie wchodzi w grę jod, lecz pozostałość metinowa (CH) (Br. B l o c h). W uczuleniu grupowem na pelidol, na farbę do futer „ursol", na niektóre barwiki do włosów, na niektóre wywoływacze fotograficzne czynnikiem rozstrzygającym jest jądro o budowie chinonu (R. L. M a y e r). W smołach, smarach olejach, i ciałach mazistych, używanych do celów technicznych, a także w niektórych barwikach trzeba liczyć się z jądrem akrydynowem. W odczynach na ortoform oraz na grupę, złożoną z anestezyny, cykloformu i propesiny, wchodzi w grę prawdopodobnie obecność lub brak grupy wodorotlenowej (OH) i jej ustosunkowanie się do jądra benzolowego (L. S c h w a r z s c h i l d). Zasługuje też na uwagę, że warunki układają się podobnie w uczuleniach lekowych skóry, w których ciała chemiczne działają na nią w kierunku z wewnątrz — nazewnątrz. Tak n. p. w uczuleniu antypirynowem pyramidon i salipiryna także posiadają własności bodźca wywołującego. W grę wchodzi widocznie jądro pyrazolonowe [4]).

Co tyczy się dalszego przebiegu schorzenia alergicznego w okresie czasu dłuższym, zauważyć trzeba, że tutaj rozwój wypadków może potoczyć się w dwóch kierunkach. W jednej grupie faktów wytwarza się uodpornienie naturalne i skóra przestaje oddziaływać na podnietę szkodliwą. Zjawisko rozwija się stopniowo, albo też ujawnia się nagle po odczynie chorobowym natężenia wyjątkowo silnego. Rzecz spostrzega się nierzadko w schorzeniach alergicznych zawodowych. To uodpornienie samoczynne może okazać się trwałem, częściej jednak bywa jeno czasowe. Zachodzi tutaj podobieństwo widome do uodpornienia, wywołanego leczniczo. Jest to zupełnie zrozumiałe, gdy zważy się, że nasze postępowanie lecznicze wzoruje się ściśle na zarządzeniach samoobronnych ustroju. Niezawsze jesteśmy zadowoleni z wyników praktycznych. Zapominamy jednak w ich ocenie, że zadziałanie wydatne na czynnik konstytucjonalny rzadko leży w naszej mocy.

W innej grupie zdarzeń chorobowych stwierdzamy zjawiska jakości wręcz odmiennej: miast odczulania następuje nasilanie się stopniowe uczulenia skóry. Sprawa dotyczy w pierwszej linji zakresu uczulenia oraz stopnia natężenia bodźców. Poziom uczulenia wzmaga się niezwykle. Skóra oddziaływa na dawki nikłe. Współcześnie poszerza się znakomicie zakres uczulenia i osobnik staje się wrażliwy na działanie mnóstwa podniet niepokrewnych. Ma się do czynienia z uczuleniem wieloważnem nieswoistem. W zrozumieniu właściwem rzeczy rozwój wypadków zdąża do pryszczycy. Ten stan choroby ujawni się i ustali się dopiero wówczas, gdy odczyny alergiczne rozbudzą utajone usposobienie pryszczycowe.

---

[4]) R. B e r n h a r d t. Anafilaksja antypirynowa. Pol. Gaz. Lek. Nr. 16 i 17, 1924 r.

III. Zapalenie skóry przewlekłe pryszczycowe. Pryszczyca przewlekła pospolita, prawdziwa. Stany pryszczycowe przewlekłe. (*Dermatitis chr. eczematosa. Eczema vulgare seu verum. Eczematosis)*. Warunkiem zasadniczym i nieodzownym powstawania stanów pryszczycowych jest współistnienie i oddziaływanie wzajemne 2 usposobień osobniczych. Ma się tutaj na myśli skłonność rozległą do odczynów alergicznych nieswoistych (wieloważnych) oraz zdolność skóry odpowiadania odczynem pęcherzykowym na zadziałanie każdego bodźca wywołującego. Te właściwości skóry wykazują cechy wyraźnie czynnościowe. Trzeba bowiem uświadomić sobie, że nawet zmiany postaciowe (pęcherzykowe) są tutaj wyrazem nastawienia skóry na czynność celową i na określony typ zarządzenia obronnego. Pryszczyca jest niewątpliwie sprawą wysiękową. Gdy bodźce chorobotwórcze przedostają się z zewnątrz lub z wewnątrz do skóry, ustrój zdąża do szybkiego ich unieszkodliwienia przez rozkład i przyswojenie. Odbywa się to zapomocą gwałtownego odczynu surowiczego. Płyn surowiczy pozostaje na miejscu zagrożonem aż do chwili zobojętnienia „jadu", poczem wchłania się szybko. Jeżeli przeróbka nie może być uskuteczniona całkowicie w skórze, jad zostaje wydalony nazewnątrz. Tworzy się pęcherzyk, powstaje sączenie. Dlaczego w danym razie zjawia się pęcherzyk, w innej zaś grupie faktów pęcherz, bąbel lub grudka (choć bodźce wywołujące są niemal te same lub bardzo podobne), na to pytanie nie można dziś odpowiedzieć. Rzecz widocznie zależy od wyższego czynnika etjologicznego, mieszczącego się w pojęciu usposobienia, w właściwościach konstytucjonalnych ustroju i tkanek.

Gdy z tego stanowiska spojrzy się na sprawę, staje się bardziej zrozumiała pozorna zmienność przebiegu zmian pryszczycowych. Odczyn rumieniowaty bez pęcherzyków widomych świadczy, że bodziec został zobojętniony głównie śródtkankowo. Tutaj miało się do czynienia jedynie z przeobrażeniem gąbczastem naskórka *(status spongiosus)* oraz z pęcherzykami wielkości mikroskopijnej. W takich razach mówić można o przebiegu poronnym. Gdy pewna część jadu została związana w tkankach, inna zaś wydalona nazewnątrz, obraz kliniczny odpowiada zmianom rumieniowato-pęcherzykowym lub niemal wyłącznie pęcherzykowym. Twory pęcherzykowe zasychają w strupek i wyłuszczają się stopniowo. Taki przebieg można określić jako półporonny. Odczyny pęcherzykowo-sączące świadczą najwidoczniej, że rola zobojętniająca tkanek okazała się niedostateczna, że skóra zwróciła się całą siłą do czynności wydalniczej. Jest to przebieg pryszczycy typowy. Dlaczego w jakimś przypadku lub w pewnym okresie schorzenia odczyn pryszczycowy przebiega w ten lub w inny sposób, zależeć może od ilości i jakości podniety a przedewszystkiem od stałej lub czasowej wydolności obronnej ustroju i skóry (poziom warunków konstytucjonalnych i kondycjonalnych). Z powyższego wynikałoby poza tem, że w tym odczynie tkankowym nie przywiązujemy znaczenia większego do postaci wykwitów, lecz uwzględniamy całokształt zjawisk i kładziemy nacisk największy na przebieg schorzenia. Za punkt środkowy zmian będziemy uważali pęcherzyk (= pryszczyk — stąd pryszczyca), a od stopnia jego wykształcenia się uzależniać będziemy przebieg sprawy pryszczycowej. Co odbiega od tego obrazu i uzupełnia go w klinice (zrogowacenie nadmierne, rozrosty brodawkowate, zliszajowacenie i t. p.), jest zjawiskiem narzuconem, wynikającem z działania bodźców drugorzędnych (tarcie, drapanie, zakażenie i t. d.).

Skóra, nastawiona na odczyn pryszczycowy, wykazuje jeszcze jedną właściwość doniosłości niezwykłej. Jest nią zdolność przekształcania każdego odczynu obcego i każdego wykwitu obcego w twór swoisty pęcherzykowy *(transformatio* w zrozumieniu W e i d e n f e l d a). Zjawisko pozostaje w łączności z właściwościami osobniczemi skóry i jest wyrazem cząsteczkowym usposobienia pryszczycowego. Obecność wykwitu odgrywa tutaj rolę podniety wywołującej, na którą skóra odpowiada i musi odpowiadać w sposób sobie właściwy (= typ oddziaływania). Zwraca przytem uwagę, że to przekształcenie się nie odbywa się natychmiast, lecz po pewnym okresie utajenia (= wylęganie odczynu pryszczycowego). Okres trwa typowo 3 doby (C. K r e i b i c h), może jednak niekiedy przedłużyć się do 10 dni (Br. B l o c h), ulega zaś skróceniu przy ponownem zadziałaniu bodźca. Tak n. p. w podnietach mechanicznych łagodnych, uszkadzających powierzchownie naskórek, utajenie trwa 3 dni (C. K r e i b i c h). W zapaleniu ostrem, wywołanem olejkiem krotonowym, przekształcenie się pryszczycowe występuje po upływie 3 dni (St. W e i d e n f e l d). Dla nalewki jodowej termin ten wynosi 5—7 dni (R. B e r n h a r d t). W pokrzywce sprawa przebiega w ten sposób, że odczyn pryszczycowy ujawnia się dopiero w kilka dni po ustąpieniu całkowitem bąbla i swędzenia. Zaznacza się przytem, że najpierw zjawia się ponownie swędzenie a nieco później tworzą się gromady pęcherzyków. Okres utajenia obejmuje około 6 dni. W liszajcu pospolitym odczyn występuje podobnie. Gdy 2—3-go dnia schorzenia wykwit liszajcowy zasycha, strup zostaje podmyty i oddzielony obfitą cieczą surowiczą. Skóra poczyna swędzić. Niebawem zjawiają się pęcherzyki w najbliższem otoczeniu liszajca i pryszczyca rozprzestrzenia się stopniowo. Zjawisko podobne stwierdza się w zapaleniu liszajcowatem skóry *(epidermo-dermitis streptogenes)*, w którem rozwój wypadków ulega jednak opóźnieniu 2—3 dniowemu.

Sposób swoistego oddziaływania postaciowego skóry na bodźce wywołujące nie jest cechą jedynie usposobienia pryszczycowego. Podobnie zachowują się inne schorzenia skóry, oceniane jako sprawy odczynowe, że tylko wskażę na łuszczycę, liszaj czerwony W i l s o n a, liszaj zwykły przewlekły odgraniczony, t. zw. chorobę D a r i e r a i t. d. W tych wszystkich schorzeniach bodźce zewnętrzne i wewnętrzne częstokroć odgrywają rolę jedynie wywoływacza przygodnego, podczas gdy istota zagadnienia mieści się w własnościach konstytucjonalnych skóry wrodzonych i nabytych. Różnorodne bodźce wywołują tutaj odczyny równopostaciowe. Rzeczą godną uwagi jest jeszcze okoliczność, że gdy w jednym osobniku spotykają się dwa odrębne usposobienia, dwa odmienne sposoby oddziaływania skóry, zmiany postaciowe wywierają na się wzajemny wpływ wywoływawczy. Poziom wyższy tego lub innego usposobienia, jego przewaga stała lub czasowa nadaje piętno obrazowi klinicznemu. Tak więc w razie współistnienia pryszczycy i łuszczycy zmiany łuszczycowe ulegają spryszczeniu, albo też pryszczycowe ulegają złuszczycowaceniu. W jednem z moich spostrzeżeń pryszczyca ustąpiła dopiero wówczas, gdy blaszki łuszczycowe wessały się pod wpływem naświetlania promieniami R o e n t g e n a. Podobne uzależnienia spostrzega się jeszcze częściej w występowaniu współrzędnem pryszczycy i liszaja przewlekłego odgraniczonego. W tych warunkach nierzadko powstają bardzo złożone obrazy dermatologiczne.

Trzeba jednak zaznaczyć wyraźnie, że zjawisko powyższe spostrzega się głównie w pewnych okresach sprawy chorobowej, a mianowicie w przebiegu ostrym oraz podczas nasilenia się schorzenia. O wiele rzadziej stwierdzić je można w przebiegu opieszałym, w stanach przewlekłych, a jeszcze rzadziej w okresie ustajenia się odczynu chorobowego. Zdaje się nie ulegać wątpliwości, że rzecz pozostaje w łączności z odchylaniem się poziomu usposobienia pryszczycowego i z natężeniem stanu uczulenia skóry. Wydaje się też, że obie te wielkości ulegają wahaniom równoległym. Przypuszczenie staje się zrozumiałe, gdy zajmie się moje stanowisko w tej sprawie. Mniemam bowiem, że „usposobienie pryszczycowe sprzyja a może nawet stanowi jeden z nieodzownych warunków nabywania uczulenia wieloważnego. Nie widać powodu, który mógłby bezwzględnie przeczyć takiemu poglądowi"[5]).

Skóra pryszczycowego jest uczulona nieswoiście (wieloważnie). Na tem polega różnica zasadnicza pomiedzy odczynem chorobowym pryszczycowym a odczynem swoistym (jednoważnym). W zdarzeniu drugiem skóra oddziaływa na jeden określony bodziec, w zdarzeniu pierwszem podniet bywa mnóstwo nieobliczalne. Uczulenie wieloważne można ujawnić odrazu podczas pierwszego badania. Może jednak przytrafić się, że powstaje ono stopniowo z uczulenia jednoważnego. W tych razach przypuścić trzeba, że uczulenie swoiste nastąpiło u osobnika, usposobionego do pryszczycy i zapoczątkowało okres stopniowego uczulania się wieloważnego. Tak n. p. można przez 15 lat oddziaływać miejscowo na bodziec pierwiosnkowy, nie uczulić się przytem wieloważnie i pozbyć bezpowrotnie schorzenia po usunięciu czynnika wywołującego (patrz spostrz. 1, F.). Inaczej ułożą się stosunki w przypadkach usposobienia pryszczycowego. W tych razach skóra uczula się stopniowo na liczne bodźce, działające na nią z zewnątrz oraz z wewnątrz ustroju. Poszerza się przytem nietylko zakres uczulenia, lecz także jego poziom. Odczyn chorobowy występuje po zadziałaniu tak nikłych dawek wywoływacza, że jego wartości ilościowe schodzą na plan daleki. Przeczuleniu ulega cała powierzchnia skóry. W miejscach, położonych zdala od przestrzeni schorzałych, powstają ogniska nowe, powodowane każdym bodźcem przygodnym. W nich najczęściej powstają odczyny, nieróżniące się postaciowo od typu zmian zasadniczych. Ma się zatem do czynienia z współzgodnością odczynową świadczącą, że skóra w każdem miejscu odpowiada jednako

---

[5]) R. B e r n h a r d t. Podstawy etjologji i patogenezy str. 151.

na podniety chorobotwórcze — bez względu na ich ilość i jakość. Ognisko pryszczycowe nowopowstałe nie znika po usunięciu wywoływacza. Przeciwnie, uniezależnia się ono, poczyna żyć życiem własnem, rozpościera się powoli i występuje zaczepnie, wysyłając podniety czynne w otoczenie bliższe i dalsze. Tutaj można zatem powiedzieć, że *cessante causa non cessat effectus* i ta właściwość odczynu chorobowego stanowi niewątpliwie jedną z cech naczelnych pryszczycy.

W dalszym przebiegu jedne ogniska ustępują (nawet bez leczenia), inne tworzą się w miejscach świeżych lub w dawniejszych, albo też cała sprawa chorobowa przycicha na czas krótszy lub dłuższy, aby wybuchnąć na nowo. Otrzymuje się wrażenie szeregowania się stanów uczulenia i odczulenia skóry — widocznie w zależności od warunków ustrojowych ogólnych (J. Jadassohn). Zauważyć jednak trzeba, że podczas nawrotów miejsca dawniej schorzałe ujawniają wrażliwość wzmożoną a w przypadkach wysokiego poziomu usposobienia pryszczycowego stopień uczulenia całej skóry wzrasta stopniowo, lecz stale. W tych razach maleje znacznie wartość czynników zewnętrznych, gdyż odczyny pryszczycowe już poczynają występować pod wpływem bodźców fizjologicznych wzmożonych a nawet prawidłowych. Tutaj „ma się do czynienia z osobnikiem, który stoi na progu dostosowalności do warunków środowiska otaczającego" (Etjologja str. 151). Jest to niedomoga czynnościowo-obronna skóry, niedomoga wynikająca z nadmiaru zapotrzebowania na czynności odpornościowo-obronne. Jesteśmy w obliczu stanu pryszczycowego przewlekłego.

Tłumaczenie tych zjawisk pozostaje w zgodzie zupełnej z poglądami J. Danysza[8]). Pryszczyca jest odczynem alergicznym. Każdy czynnik chorobotwórczy pobudza skórę do wytwarzania niweczników. Gdy liczba podniet staje się zbyt wielka a ich zadziałanie wznawia się zbyt często, następuje przeciążenie komórek pracą obronną. W razie przedłużenia się tego stanu rzeczy występuje niedomoga czynnościowa, tkanki ulegają uszkodzeniu trwalszemu, narząd chorzeje.

Co tyczy się bodźców pryszczycowych, należy zauważyć, że w ich roli może występować każde ciało, każda podnieta, działająca w terenie usposobionym. Liczba wywoływaczy jest nieograniczona. Mogą niemi być czynniki chemiczne i biologiczne, mineralne, organiczne, koloidowe, działające na skórę z zewnątrz lub z wewnątrz ustroju. Niekiedy są to białka i białczany, powstałe z rozpadu komórek tkankowych. Niekiedy są to jady bakteryjne (toksyny), lub ciała drobnoustrojów obumarłych (głównie ziarenkowców ropnych). Może też zdarzyć się, że bodźce fizykalne (ciepło, zimno, światło, promienie X, elektryczność) wyzwalają z zarodzi komórek jakieś ciała chemiczne, odgrywające rolę wywoływaczy (Jausion, Lenègre, Vendel). Schorzenia narządów wewnętrznych, zboczenia przemiany materji, zaburzenia czynności układu nerwowego autonomicznego i gruczołów dokrewnych posiadają znaczenie jedynie czynników usposabiających, które zmieniają ujemnie wartości konstytucjonalne ustroju, układów i tkanek.

Częstokroć wskazuje się na to, że podniety zewnętrzne bywają niemal wyłącznemi wywoływaczami pryszczycy. Jest to pogląd niezupełnie ścisły, choć odpowiadający niemałej liczbie spostrzeżeń. Nie ulega bowiem wątpliwości, że skóra może ulec uczuleniu także wskutek czynników, działających na nią z wewnątrz ustroju W tej dziedzinie stwierdza się zasadniczo 3 możliwości: 1) bodziec uczula skórę z zewnątrz — nazewnątrz (wyłączne uczulenie skóry); 2) bodziec działa z zewnątrz — poprzez skórę nawewnątrz (uczulenie skóry i ustroju całego); 3) wywoływacz wywiera wpływ z wewnątrz — poprzez skórę nazewnątrz (uczulenie ustroju oraz skóry). W przypadkach grupy trzeciej podnieta zewnętrzna częstokroć bywa jedynie wskaźnikiem przygodnym, warunkującym umiejscowienie odczynu chorobowego, podobnie jak to spostrzega się w sprawach uczuleniowych grzybkowych (zgolenie sierści). Co do bodźców gromady pierwszej, trzeba zauważyć, że tutaj występują czynnie liczne ciała chemiczne pochodzenia najrozmaitszego. W gromadzie drugiej rola ta najczęściej przypada lekom, rzadziej roślinom (szparagi — S. Schoenhof, rzodkiewka czarna — R. Bernhardt). Pokarmy oraz leki wchodzą głównie w grę w zdarzeniach chorobowych grupy trzeciej. Trzeba jednak jeszcze zaznaczyć, że niektóre leki a nawet białczany (np. sierść — R. Bernhardt) mogą działać na skórę wywołująco w stosowaniu współczesnem zewnętrznem i wewnętrznem (formol) — urotropina, jod, rtęć, resorcyna i t. d.). Te złożone warunki uczulenia wynikają z wyrazistością dostateczną z spostrzeżeń, podanych w mojej pracy „o pryszczycy prawdziwej pochodzenia anafilaktycznego", przyczem na uwagę szczególną zasługuje spostrzeżenie I i V. W spostrzeżeniu V miało się do czynienia z 35-letnią J. B., która dawniej chorzała z dychawicy a obecnie wykazywała zjawiska nieznoszenia cielęciny i wołowiny. Skóra tego osobnika była uczulona wieloważnie z przewagą dla sublimatu. Odczyny pryszczycowe występowały po stosowaniu zewnętrznem rtęci (wcierania), a także po zadawaniu domięśniowem i dożylnem. Takież zmiany wywoływał jodek potasowy oraz chinina w stosowaniu wewnętrznem. Spostrzeżenie I mogę dziś uzupełnić znacznie. Sz. M. wykazywał pierwotnie uczulenie na sierść, przyczem pryszczyca występowała na twarzy (głównie) oraz na rękach (słabiej). Odczyn skóry można było spowodować wdychaniem (przez nos) sierści sproszkowanej, zadziałaniem na błonę śluzową nosa (wacik nasycony wyciągiem sierści), a wreszcie zadawaniem podskórnem. Z biegiem czasu zjawił się nieżyt kurczowy nosa a następnie chory zaczął podlegać napadom dychawicy oskrzelowej. Pryszczyca powracała coraz częściej, obejmowała połacie skóry znaczniejsze, występowała w umiejscowieniach nowych a wreszcie uległa uogólnieniu. Stan pryszczycowy twarzy i rąk utrwalił się częściowo (zmiany tkankowe przewlekłe). W tym okresie skóra wykazywała wszędzie uczulenie wieloważne (5 prób Jaegera—Blocha) i przestała znosić jod (1:100), lenigalol (1/10%), ichtjol (1%), kwiat cynkowy, wazelinę. Wołowina, jaja, czekolada powodowała nasilenie się odczynu pryszczycowego. Od r. 1926 r. pryszczyca już nie opuszcza chorego i trwa pomimo wyjazdów dłuższych, pomimo powstrzymywania się przez całe miesiące od zajęć zawodowych.

Wskaźnikiem uczulenia wieloważnego są w klinice próby naskórne, wykonywane podług metody Jaegera-Blocha 5 ciałami chemicznemi: nalewką pierwiosnkową, nalewką pomornikową, roztworem formolu (4%), sublimatu (1/10%) oraz resorcyny (1%). W przypadku typowym wszystkie próby dają wynik dodatni, w uczuleniu stopnia miernego skóra oddziaływa na 2—4 ciała. Próba daje wyniki dodatnie najczęściej po zastosowaniu sublimatu i formolu. Potem następuje w porządku kolejnym resorcyna, pomornik, pierwiosnek. W spostrzeżeniu poszczególnem dołączają się do nich jeszcze inne próby uczuleniowe, a mianowicie temi ciałami chemicznemi, które w danym razie pomawiać można o rzekomą swoistość, o szczególnie łatwą zdolność wywoływawczą. Wskazówek dostarcza wywiad oraz znajomość dokładna warunków pracy zawodowej. Wynik ujemny takiej próby nie dowodzi niczego. Wynik dodatni wybitny może niekiedy wskazywać, że ma się do czynienia z przypadkiem przechodnim, w którym bodziec swoisty (uczulenie jednoważne) rozbudził usposobienie pryszczycowe (uczulenie wieloważne). Wniosek taki niezawsze jednak bywa trafny. Wreszcie dodać trzeba, że w 50% spostrzeżeń stwierdza się wrażliwość skóry na plaster lepki. Rzecz może zależeć od obecności żywic (zwłaszcza gumy tragankowej) oraz terpentyny. Ze względu na powszedniość, odczyn ten nie może być uważany za uczuleniowy.

Wynika z powyższego, że należy przychylać się ku rozpoznaniu pryszczycy prawdziwej w tych wszystkich schorzeniach pęcherzykowych przewlekłych, które wykazują własności kliniczne, wskazane wyżej, i które powstają w skórze, uczulonej wieloważnie. Wątpliwości, nastręczające się w przypadku oddzielnym, winny być rozstrzygane na zasadzie długiego i dokładnego spostrzegania chorego.

Zasługuje jeszcze na uwagę, że 10-ty odsetek ludzi zdrowych (pod względem dermatologicznym) wykazuje odczyn uczuleniowy wieloważny. Br. Bloch uważa ich za kandydatów do pryszczycy, za pryszczycowych utajonych. Pogląd bywa oceniany rozmaicie. Jedni nie przywiązują większej wagi do zjawiska; inni mniemają, że świadczy ono jedynie o usposobieniu do schorzeń skóry wogóle, jeszcze inni podzielają zdanie Blocha. Jest zadaniem niełatwem wypowiedzenie się w tym przedmiocie. Rozpatrując sprawę *a rigore* należałoby przypuścić, że zapatrywania Blocha nie są całkowicie bezpodstawne. Jeżeli uczulenie wieloważne mamy uważać za wskaźnik pryszczycy czynnej, nie widać powodu, dla którego nie mielibyśmy tego czynić dla stanów utajenia. Pytanie jest niezwykle ciekawe i poruszające, zdążamy bowiem do uproszczenia (w zrozumieniu klinicznem) zagadnień wielce złożonych. Naturalnie, nie należy brać rzeczy dosłownie. Nie każdy osobnik uczulony wieloważnie musi w przyszłości chorzeć z pryszczycy, — podobnie jak niekażdy łuszczycowy utajony musi wśród życia wykazać objawy łuszczycy czynnej. Odczyn pryszczycowy mógłby prawdopodobnie wystąpić jedynie w obecności uczulenia poziomu odpowiedniego oraz przy współudziale złożonego splotu patogenetycznego, o któ-

---

[8]) J. Danysz. Principes de l'évolution des maladies infectieses. Paris. 1918.

J. Danysz. Origine, évolution et traitement des maladies chroniques non contagieuses. Paris. 1920.

rym wspominałem wyżej. Taki zbieg okoliczności z pewnością nie powstaje często. Przypuszczam, że można jednak mówić o prawdopodobnej kandydaturze do pryszczycy, gdy odczyny uczuleniowe zdradzają skłonność do uniezależniania się widomego (trwanie po usunięciu bodźca, rozprzestrzenianie się, odczyn postaciowy pęcherzykowy i pęcherzykowo-sączący, swędzenie znaczne, niezbędność wmieszania się leczniczego). Będzie rzeczą rozsądną, gdy w takich zdarzeniach lekarz uprzedzi osobnika o swoich przewidywaniach i obawach. Dla wyjaśnienia zagadnienia jest jednak pożądane i niezbędne, by takich ludzi spostrzegać długo i wytrwale. Ziszczenie się przewidywań byłoby potwierdzeniem słuszności poglądu.

Dr. Aleksander DE ROSSET, asystent kliniki. Wilno.

Myelosis funicularis a choroba Biermera. [1])

Z I-ej kliniki wewnętrznej U. S. B.
Kierownik Prof. Zenon Orłowski.

Znane są dobrze klasyczne objawy schorzenia swoistego, opisanego po raz pierwszy w Niemczech przez Biermera w 1871 roku. Schorzeniu temu Ehrlich i jego szkoła nadali miano niedokrwistości złośliwej (anaemia perniciosa), ostatnimi zaś czasy coraz częściej określa się ono nazwą choroby Biermera (Ch. B.), aczkolwiek opisał ją jeszcze w 1822 r. anglik Combe, w 1855 roku — Addison, a w 1860 r. francuz Cazenave. Dlatego też nie będę rozwodził się szczegółowo nad zespołem objawów tego cierpienia, a w paru tylko słowach napomknę o tym zespole, który i do dziś dnia ogólnie jest uważany za swoisty dla Ch. B. [2]). Należą tu: znamienny hyperchromny obraz hemomorfologiczny, bezsok żołądkowy, glossitis Hunteri (wzgl. tylko glossodynia), habitus chorego, a w ciężkich przypadkach — urobilinurja. Ostatnio Wörpel, a za nim Wissler do tych znamiennych objawów dodali jeszcze jeden — wzmożoną odporność hemoglobiny. Natomiast dziwnym zbiegiem okoliczności na nerwowe objawy, występujące w Ch. B., zwrócono bardziej szczegółową uwagę dopiero w ostatniem dziesięcioleciu, traktując je, jako powikłania, aczkolwiek jeszcze w końcu stulecia Minnich z kliniki Lichtheima niejednokrotnie zwracał uwagę świata lekarskiego na częste występowanie w Ch. B. zjawisk ze strony ośrodkowego układu nerwowego, zwłaszcza zaś — rdzenia. Przez dłuższy czas jednak zainteresowanie się pod tym względem było bardzo słabe: spotykamy się tylko z nielicznemi wzmiankami i to przeważnie w piśmiennictwie neurologicznem (Marcus, Bastianelli, Birulia, Bowmann, Clarke, Taylor, Voss), w piśmiennictwie zaś wewnętrznem — bardzo mało (Minnich, Marburg, Leichtenstern). Dopiero mniej więcej od roku 1910 świat lekarski zaczyna wykazywać większe zainteresowanie się owemi powikłaniami, tak, że już w pracy Brugscha i Pappenheima z 1920 r. weszły one w opis powikłań, występujących w Ch. B., ale powikłań do tego stopnia rzadkich, że autorowie nie przypisują im prawie żadnego znaczenia. Z biegiem czasu ilość opisów, zwłaszcza w piśmiennictwie obcem, staje się coraz większą, lecz nie wychodzi jeszcze po za ramy pojedyńczych przypadków kazuistycznych (Bellmann, Bouché, Gerhard, Thode, Wechsler, Monro i Hanney, Lube). Naegeli w swym podręczniku z 1923 r. zwraca na zjawiska nerwowe w Ch. B. znacznie więcej uwagi niźli Brugsch i Pappenheim, traktując je jednakże jako powikłania bardzo rzadko występujące. Jak mało wogóle są znane i niedostatecznie oceniane jeszcze i dziś te objawy najlepiej dowodzi naprz. praca Hollera i Gottfrieda: zastanawiając się szczegółowo nad zespołem objawów w Ch. B., autorowie o zaburzeniach nerwowych poprzestają tylko na krótkiej wzmiance: „w przebiegu niedokrwistości złośliwej częste są procesy toksyczno-degeneracyjne w układzie nerwowym". Również i Klein w swym obszernym artykule o niedokrwistości złośliwej w kilku tylko wierszach mówi o możliwości wystąpienia zaburzeń nerwowych, oceniając częstość ich wystąpienia ledwie na 10—15%. Ta też za prawdziwie rewelacyjną należy uznać statystykę powikłań nerwowych w Ch. B., opublikowaną w 1924 r. przez Striecka na podstawie materjału stosunkowo dużego, obejmującego bowiem 165 przypadków Ch. B. Nieco później, bo w 1926/27 latach Curschmann i Binschwanger podali swą statystykę, opartą na 230 przypadkach, obejmujących 25 lat klinicznych. Obie statystyki tak Striecka jak i Curschmanna dały wyniki zgoła nieoczekiwane: okazało się, że powikłania rdzeniowe wbrew panującym poglądom są zjawiskiem niemal stałem, występują bowiem w 86% (Strieck) do 90% (Curschmann) przypadków Ch. B. Nieco sprzecznemi wydają się statystyki innych autorów, jak Bramwella (2%), Türka (3%), Taylora (12%), Mc. Cree (25%), a także Morawitza, który w pracy swej z 1928 r., mając na względzie li tylko wybitne przypadki powikłań, oblicza je na 15%. Pośrednie miejsca zajmują spostrzeżenia Seyferta (40%), Henneberga i Wohlwilla (50%), Natansona (70%), Hursta i Sträusslera (75%), Woltmanna (80,6%), oraz Skooga, Beráneka, Hamiltona i innych, obliczających przeciętnie ilość powikłań na 85% [3]). Nawet jeżeli w danych Striecka, Curschmanna i innych autorów tej chronologicznie późniejszej grupy jest nieco przesady, to w każdym razie procent zjawisk nerwowych jest tak uderzająco wielki, iż myślę, że zmusza to do zastanowienia się, czy nie należy owe „powikłania" rdzeniowe włączyć w poczet bardziej stałego zespołu objawów Ch. B. narówni ze swoistym obrazem krwi, językiem Huntera, bezsokiem żołądkowym oraz właściwym wyglądem zewnętrznym. Prawda, jak widać ze statystyk Striecka i Curschmanna i na co szczególny nacisk kładzie Ewans, zaburzenia nerwowe nie są bezwzględnie stałem zjawiskiem w Ch. B. Wiemy jednak obecnie bardzo dobrze, że na miano to zasługuje tylko bezsok żołądkowy. Co zaś do zmian hematologicznych, uważanych za conditio sine qua non rozpoznania Ch. B., to spostrzeżenia lat ostatnich dowiodły niezbicie istnienia niewątpliwych przypadków Ch. B., przebiegających przez dłuższy, niekiedy kilkuletni okres czasu, bez swoistych zmian hematologicznych lub też ze zmianami, cechującemi zwykłą anemję hypochromną. Tak, Lenhartz opisuje przypadek Ch. B., który pod względem hematologicznym w ciągu 6 miesięcy przebiegał pod postacią zwykłej hypochromnej anemji z indeksem 0,5, cz. c. krwi — 2,500,000 i Hb 32%. Pappenheim, a ostatnimi czasy Zadek, Natanson i Morawitz zgodnie twierdzą o możliwości istnienia niewątpliwych przypadków Ch. B. bez jednoczesnych swoistych zmian hematologicznych nie tylko podczas remisji samoistnych lub kuracyjnych, lecz i w okresach początkowych (kryptogennych, jak mówią Niemcy), którym Curschmann nadał miano „Biermersche Erkrankung in dem Stadium initialer Latenz". Dlatego to właśnie wyżej wymienieni autorzy, uznając doniosłość swoistych zmian hematologicznych, nie uważają je jednak za bezwzględnie obowiązkowe do rozpoznania Ch. B. Rosling u 53-letniego mężczyzny chorującego 8 miesięcy, rozpoznał początkowy okres Ch. B. na podstawie glossitis, achylia gastrica, parestezyj, lekkiej bilirubinemji i wzmożonego wskaźnika barwikowego krwi (1,2—1,5). Jawnej anemji nie było (ilość kr. cz. 3,5—4,0 miljony). Słowem, niedokrwistość jest nie podstawą Ch. B., lecz tylko jednym z mniej lub więcej stałych objawów, może tylko w nieco większym stopniu, aniżeli „powikłania" nerwowe. W takim stanie rzeczy czuję się zupełnie uprawnionym do przypuszczenia, że i zjawiska nerwowe nie są powikłaniami a są też mniej lub więcej stałymi objawami Ch. B., może prawidłowiej — zespołu B.

Teraz powstaje pytanie, czemu to zjawiska nerwowe tak rzadko notowane przed laty, jakto wynika ze statystyk poszczególnych autorów, występują obecnie w tak wysokim % przypadków Ch. B.?

Trudno dać na to wyczerpującą odpowiedź, rozmaici bowiem autorzy wykazują tu znaczną rozbieżność w swych poglądach. Być może, jak to podnosi Rosenow, przyczyna leży wogóle w częstszem występowaniu Ch. B., co według Beráneka, Schillinga i innych istotnie daje się obserwować ostatnimi czasy, lub też w częstszem, niż przed laty, właściwem rozpoznawaniu tego schorzenia, zwłaszcza we wczesnych okresach jeszcze przed wystąpieniem wybitnych zmian hemolitycznych, jak to myślą Morawitz i Natanson. Inni wreszcie obecne częste występowanie objawów rdzeniowych łączą z wprowadzeniem kuracji wątrobowej. Poglądowi temu, t. j. zwiększeniu się częstości rdzeniowych objawów post-ergo propter terapiam wątrobą, stanowczo zaprze-

---

[1]) Wygłoszono na posiedzeniu Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego w dn. 12 marca 1930 r.

[2]) W artykule niniejszym umyślnie unikam, popularnego określenia tej jednostki chorobowej mianem „niedokrwistości złośliwej", gdyż nazwa ta w świetle wiedzy obecnej przedstawia się archaizmem, godnym zaniechania.

[3]) Zestawienia statystyczne są wzięte z prac Natansona, Landaua, Krolla, Seyfartha, Henneberga i Wohlwilla.

cza Curschmann, który razem ze swymi współpracownikami dowodzi, że i po wprowadzeniu kuracji wątrobowej ilość „powikłań“ nie przekroczyła swoich 90%. Procent ten więc pozostał stałym. Wrażenie zaś zwiększenia częstości występowania objawów rdzeniowych po wprowadzeniu kuracji wątrobowej jest, zdaniem jego, tylko złudzeniem, opartem na zrozumiałem psychologicznem zjawisku: w dobie przedwątrobowej objawy rdzeniowe nie zwracały na siebie uwagi w tym stopniu, jak dziś, skutkiem wysuwającej się na czoło ogromnej ilości innych ciężkich przejawów Ch. B. i stanu kachektycznego chorych; natomiast po wprowadzeniu kuracji wątrobowej, pozwalającej nieraz przez szereg lat utrzymywać chorego w względnie dobrym stanie, a hematologiczny obraz — zbliżyć prawie do normy, występowanie i rozwój zaburzeń nerwowych szczególnie zwraca na siebie uwagę i rzuca się w oczy. Rzadsze występowanie objawów rdzeniowych w dobie przedwątrobowej Lauterbach tłomaczy wcześniejszem następowaniem zejścia śmiertelnego z przyczyn ciężkich anemicznych, tak że w wielu razach nerwowe zjawiska nie zdążały wprost rozwinąć się w tak krótkim czasie.

Co się tyczy samych „powikłań“ ze strony ośrodkowego układu nerwowego, występujących w Ch. B., to i tu poglądy nie są ustalone i jednolite, tworząc przeciwne sobie obozy. Jeden obóz dosyć silny na czele z Naegelim, Morawitzem, Seyfarthem, Schillingem, Kanitschem i wielu innymi stoi na stanowisku, że Ch. B. może pociągnąć za sobą nie tylko objawy rdzeniowe, lecz i mózgowe (aczkolwiek rzadziej) w postaci tych lub innych zaburzeń psychicznych. Nie mówi się tu, naturalnie, o takich objawach, jak uczucie osłabienia, łatwo występujące zmęczenie, bóle głowy, szum w uszach itd. Objawy te, związane ściśle z zachowaniem się chorego, są tylko wyrazem zamej niedokrwistości, nie zaś wpływów toksycznych. Również nie mówię tu i o tych prawdziwych zaburzeniach psychicznych na tle nadmiernego wyniszczenia, które to zaburzenia według Henneberga „mogą często zdarzać się i bez jakichkolwiek zmian rdzeniowych w ciężkich anemjach u osób silnie wyniszczonych i kachektycznych“. Chodzi tu natomiast o rzeczywiste zaburzenia mózgowe, które nie dadzą się wytłomaczyć samą tylko anemizacją; mianowicie, w przypadkach rozwiniętych dają się wyodrębnić 2 odmiany tych zaburzeń: 1) postacie depresyjno-melancholijne, przebiegające na ogół lżej, występujące stosunkowo rzadko przeważnie na schyłku Ch. B. (Emil, Weil, Cahen), 2) stany silnej pobudliwości, występujące częściej i niekiedy przybierające postacie manjakalne zwłaszcza o charakterze prześladowczym. Tak naprz. Camp opisuje napady brutalnego szału, manje wywyższenia i prześladowcze. Podobne spostrzeżenia podają też Siemerling i Marcus. W przypadku Naegelego brutalne zachowanie się jednego z małżonków doprowadziło do rozwodu małżeństwa przed tem bardzo czułego. Kluge podaje przypadek z objawami psychicznych zaburzeń paranoidalnego charakteru z dążeniem do samobójstwa. Ładne opisanie 4 przypadków psychicznych zaburzeń z następną autopsją znajdujemy u Lurie'go. Według Brauna po za szeregiem niecharakterystycznych zaburzeń psychicznych zdarzają się stany psychiczne, które do pewnego stopnia są znamienne dla „niedokrwistości złośliwej“: są to stany depresyjne lub paranoidalne, wybuchające niekiedy napadami halucynacji lub strachu i rozwijające się najczęściej na tle zaburzeń czuciowych pochodzenia rdzeniowego. Wiele autorów (Wohlwill, ostatnio Seyderhelm i Douglas Mc Alpine) stanowczo twierdzą, że w daleko posuniętych przypadkach wcale nie rzadko mogą występować halucynacje, delirium i inne stany psychopatyczne, sprawiające wrażenie ciężkiego zatrucia, którego istota dotychczas nie jest wyjaśniona, szybka zaś ich poprawa pod wpływem swoistego leczenia, jak to obserwowali Emil, Weil, Cahen i inni, przemawiałaby raczej za zaburzeniami czynnościowemi w sensie „neuro-anemicznym“ lub też „neuro-toksycznym“, niźli za dawnem twierdzeniem o istnieniu zmian anatomicznych, a więc nieuleczalnych. Owe zaburzenia umysłowe mogą występować w różnych okresach Ch. B., zacierając w mniejszym lub większym stopniu jej obraz swemi objawami, rozwijającemi się niekiedy dosyć ostro (Warburg, Jörgenson). Częściej jednak rozwijają się one powoli (Wohlwill), zwykle pod postacią stanów, które można byłoby określić jako stany neurasteniczne. W każdym bądź razie owe zaburzenia psychiczne występujące w Ch. B., zdaniem Krolla, nie stanowią czegoś odrębnego i samoistnego; musimy uważać je raczej za równoważnik zaburzeń rdzeniowych. Niżej zobaczymy, że w niektórych razach pogląd ten znajduje swe potwierdzenie i w zmianach patologo-anatomicznych, mózgowych. Na tej podstawie należałoby może mówić nie o powikłaniach lub objawach mózgowych względnie rdzeniowych, a prosto — o nerwowych ośrodkowych. Opisane są też pojedyńcze przypadki napadów apoplektycznych, kurczów twarzy i innych objawów mózgowych, które najprawdopodobniej występują na skutek wynaczynień oponowych, gdyż wylewy mózgowe według Naegelego zdarzają się tylko wyjątkowo.

Na wręcz przeciwnem stanowisku stoi obóz drugi na czele ze Strieckem i Curschmannem. Opierając się na swym dużym materjale, (395 przypadków) autorzy zgodnie twierdzą, że nigdy nie widzieli objawów mózgowych nie tylko w przypadkach lekkich, lecz nawet w przypadkach z bardzo ciężkiemi „powikłaniami rdzeniowemi“. Podkreślają oni specjalnie ten fakt, że Ch. B. wywiera bardzo nieznaczny wpływ psychopatyczny mimo nieraz daleko posuniętej kacheksji i gorączki. Nie stwierdzili oni również zaburzeń ani ze strony nerwów mózgowych ani też nerwów obwodowych w przeciwieństwie do Naegelego, Zadora i Douglasa Mc. Alpine'a, którzy uważają „anemję złośliwą“ za zwykłą przyczynę toksycznych obwodowych neurytów. (Według Douglasa Mc Alpine'a przyczyną Ch. B. jest pewna neurotoksyna, mająca affinitée do całego układu nerwowego — do mózgu, rdzenia i nerwów obwodowych).

Widzimy więc, jak sprzeczne są poglądy autorów, a ponieważ nie tyczą się one bliżej naszego tematu, nie będę się na nich dłużej zatrzymywał i przejdę do omawiania objawów rdzeniowych Ch. B., w której tworzą one często dosyć charakterystyczny zespół, różnie nazywany przez poszczególnych autorów: Nonne i Spielmeyer naprzykład określają go jako *„funikuläre Spinalerkankung“*, — Wohlwill — *„pseudosystematische kombinierte Strangerkrankung“*, Henneberg — *„Myelitis funicularis vel Myelosis funicularis“*, Kroll — *„diffuse cerebrospinale Degeneration“*, Globus i Strauss — *„progressive funiculäre Myelopathie“*, anglicy (zwłaszcza Collier) — *„subacute combined degeneration of the spinal cord“*.

Nie chcę wdawać się w roztrząsanie tylko co wymienionej nomenklatury, gdyż zaprowadziło by to mię zbyt daleko. Nie mogę jednak nie podkreślić tego, że nazwa *„Myelitis funicularis“*, której w piśmiennictwie najczęściej się używa do określenia zaburzeń nerwowych w Ch. B., jest wyjątkowo nieudatna. Niżej zobaczymy, że chodzi tu o zmiany rdzenia zwyrodnieniowe, a nie zapalne. Jeżeli procesy zwyrodnieniowe nerek, wątroby i t. d. nazywamy — *nephrosis, hepatosis* i t. d., to i zwyrodnieniowe zmiany rdzenia powinniśmy nazywać — *myelosis*, w przeciwieństwie do nazw procesów zapalnych, mających końcówkę *itis: nephritis, hepatitis, myelitis* i t. d. Z tego punktu widzenia zatrzymałem się na określeniu *„myelosis funicularis“*, mimo, że i ono nie jest też bezwzględnie ścisłe. Tu muszę zaznaczyć, że zespół zaburzeń nerwowych w Ch. B. tak pod względem klinicznym jak i pod względem patologo-anatomicznym bynajmniej nie stanowi schorzenia *sui generis*, występującego wyłącznie tylko w Ch. B. Z podobnym zespołem można spotkać się też i w innych ciężkich toksycznych anemjach, jak to — w schorzeniach tasiemcowych, w ciężkiej zimnicy podzwrotnikowej, w chorobie Addisona, w chronicznym alkoholizmie i t. d. Dla tego też niema żadnych podstaw do wyodrębnienia pod względem neurologicznym owych zaburzeń nerwowych w Ch. B. od ogólnej grupy toksyczno-zwyrodnieniowych procesów w ośrodkowym układzie nerwowym, znanych w piśmiennictwie pod rozmaitemi wyżej przytoczonemi nazwami. Z punktu widzenia klinicznego wydaje mi się słusznym podział wprowadzony jeszcze przed laty przez Wohlwilla, który w brzmieniu, dostosowanym do poglądów współczesnych, można przedstawiać w sposób następujący:

1. Ch. B. bez *myelosis funicularis.*
2. Ch. B. z ledwie zaznaczonymi objawami *myelosis funicularis*, lub też bez nich, lecz z pewnemi zmianami w rdzeniu, dającemi się stwierdzić na autopsji.
3. Ch. B. z rozwiniętą *myelosis funicularis.*
4. *Myelosis funicularis* z bardzo słabo zaznaczonemi objawami anemicznemi, występującemi niekiedy dopiero przed zejściem śmiertelnem.
5. *Myelosis funicularis* bez zmian anemicznych.

Uważam, że znaczenie tego podziału obecnie nieco zmalało, gdyż, jak zaznaczyłem, więcej jest danych uważać *myelosis funicularis* nie za chorobę wikłającą, lub za samodzielną jednostkę, lecz za jeden z przejawów, wchodzących w skład stałego zespołu objawów schorzenia *par excellence* toksycznego — Ch. B.

Co do charakteru samych objawów nerwowych, występujących w *myelosis funicularis*, to możemy, jak zwykle, podzielić je na objawy podmiotowe wcześniej występujące, i na objawy przedmiotowe — późniejsze. Pierwsze, stanowiące niejako zwiastuny

schorzenia, występują pod postacią najrozmaitszego charakteru parestezyj (najczęściej), hyper-, hypo- i anestezyj (znacznie rzadziej). Najczęściej pierwotnem umiejscowieniem tych zaburzeń czuciowych są kończyny dolne, w których też niekiedy mają swoje siedlisko niezbyt silne ale dokuczliwe bóle kostno-mięśniowe, podobne przez swe nocne nasilania się do *dolores osteocopi nocturni luetici*. Co do kończyn górnych, tułowia lub też głowy, to sensacje owe mogą być we wczesnych okresach, ale tylko wyjątkowo; w końcowych zaś okresach — przeciwnie — występują one znacznie częściej (dotyczy to również i objawów przedmiotowych, według Kanischa). Te zaburzenia nerwowe często do tego stopnia górują nad objawami anemicznemi, że rozpoznanie może pójść w całkiem innym błędnym kierunku tem bardziej, i to specjalnie podkreślam, że nie tylko objawy podmiotowe ale i lżejsze postacie objawów przedmiotowych (hyporefleksja, osłabienie i parapareza kończyn dolnych i t. d.), nawet niepewny chód mogą, jak to stwierdzili Nonne, Curschmann, Morawitz, Broun i inni, występować na długo, nieraz na kilka lat przed rozwojem wyraźnych objawów hemolitycznych, więc wobec tylko stosunkowo nieznacznych zmian hemomorfologicznych (mierna anizo- i pojkilocytoza, pewna anizochromemja). Kroll podaje przypadki Lurie'go, Jones'a, Raphaela, w których wymienieni autorowie stwierdzili zaburzenia mózgowe, na długo przed wystąpieniem objawów Ch. B. i objawów rdzeniowych. Podobne przypadki opisali też Boedecker i Juliusberger. To też rozpoznanie takich właśnie początkowych okresów Ch. B., które Curschmann określa mianem *„Stadium initialer Latenz"* Mouzon — mianem *„prämonitorische Phase"*, a Jones i Raphael — *„Stadium praeperniciosum"*, może nastręczać wielkie trudności. Stąd powstaje wielkiej doniosłości wniosek praktyczny: we wszystkich przypadkach zaburzeń rdzeniowych wzgl. mózgowych o niejasnej etjologji prócz reakcji Wassermanna należy przeprowadzać starannie cytologiczne badanie krwi, jak również i badanie zawartości żołądka, bezsok bowiem żołądka jest najwcześniejszym i najstalszym objawem Ch. B.

Dok. nast.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Annals of The Pickets-Thomson Research Laboratory, Volume IV, The Pathogenic Streptococci, etu historical survey of Their rôle in human and animal disease, wydane przez Bailliere, Tindall and Cox, London. 2 tomy: Part I, 1928, i Part. II. 1929.

Part I. Historyczny przegląd badań nad znaczeniem streptokoków w ostrym gośćcu stawowym. Monografja II. Historyczny przegląd badań nad znaczeniem streptokoków w chorei. Monografja III. Znaczenie streptokoków w erythema nodosum. Monografja IV. Historyczny przegląd badań nad znaczeniem streptokoków w carditis. Część II. (Part II). Monogr. V. Znaczenie streptokoków w ostrem i podostrem ropnem zapaleniu stawów. Monografja VI. Historyczny przegląd badań nad znaczeniem streptokoków w przewlekłem zapaleniu stawów. Monogr. VII. Hipoteza Rosenowa o „elektywnej lokalizacji".

W medycynie nowożytnej istnieje dążność do rozczłonkowania, oddzielenia działów na szereg coraz to drobniejszych „państewek", przyczem zapomina się niejednokrotnie, iż powstają coraz to nowe korzenie rozrastające się coraz bardziej, dostarczające wspólnemu pniowi i jego gałęziom coraz to świeżych soków żywotnych. Jednym z takich świeżych korzeni tej olbrzymiej wiedzy, jaką jest medycyna, jest bezwzględnie bakterjologja. Dzisiaj a tembardziej w przyszłości musi każdy lekarz, obojętnie czy wszech nauk czy specjalista dokładniej zapoznać się z tą gałęzią.

Dzieło, które właśnie omawiamy jest żywym dowodem, jak dalece bakterjologja splata się dzisiaj z pracą kliniczną wszystkich działów medycyny, tak ze względu na rozpoznanie jak i ze względu na leczenie. Autorzy wzięli sobie za zadanie w obszernem dziele oddać wyczerpujący obraz dotychczasowych badań i wyników, osiągniętych przez badaczy-bakterjologów i klinicystów od początku powstania bakterjologji nad znaczeniem streptokoków w chorobach ustroju ludzkiego. Dzieło to wydane pod kierownictwem laureata Nobla Sir Ronalda Rossa za współpracą Dr. Thomsona (Cambriadge) i R. Thomsona (Edynburg), obejmuje 3 tomy. Drukiem wyszły dotychczas 2 tomy, w r. 1928 jeden tom (obejmujący monografje od I—IV), zaś w r. 1929 drugi tom (obejm. monog. od V—VII). Części niezawarte w obu tych tomach, omawiające znaczenie streptokoków dla schorzeń jamy ustnej, o zapaleniach migdałków (Mon. VIII i IX), w róży (Monog. X) i w gorączce puerperalnej (Mon. XI), ukażą się w r. 1930 jako tom trzeci (Volume V). Spotykamy się w dziele tym z poglądami badaczy, opartemi na literaturze światowej (w szeregu miejscami dosłownie cytowanemi z odpowiednich dzieł). Jako zakończenie każdej monografji autorzy umieszczają swoje osobiste teorje i przypuszczenia. Najobszerniej omawianym jest gościec stawowy. Omawianym jest problem istnienia zarazka przesączalnego w gośćcu, zmiany zachodzące we krwi przy tem schorzeniu, związek, zachodzący między migdałkami a gorączką gośćcową, niebezpieczeństwa, epidemjologja, zakaźność i przyczyny predysponujące do gośćca. Uwzględnione jest również leczenie przy pomocy szczepionek. Dobrze opracowaną jest monografja o chorei. Przy omawianiu zapaleń gośćcowych wsierdzia (ostre, podostre i przewlekłe), osobny rozdział poświęca zapaleniu wsierdzia u dzieci, oraz osierdzia. W monografji VI wspólnie z przewlekłem zapaleniem gośćcowem opracowali zapalenia ścięgień, mięśni, nerwów oraz chorobę Stilla.

Oba tomy, obejmujące przeszło 500 str. uzupełnione są przepięknemi 35 tablicami histo-patologicznemi i bakterjologicznemi. Olbrzymią jest literatura, umieszczona na końcu każdej monografji, obejmująca nieraz kilkanaście stron. Słabo uwzględnioną jest literatura niemiecka, przeważnie angielska, amerykańska i francuska. Dzieło to ze względu na sumienne i dokładne opracowanie, można gorąco polecić nietylko bakterjologom lecz i klinicystom, zawiera bowiem szereg badań przeprowadzonych na klinikach oraz wyniki sero-, wakcyno-, i proteinoterapji dotychczas osiągnięte w starym i nowym świecie.

Dr. Ungar (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Gastrologja Polska, tom II., nr. 2, z kwietnia 1930: B. Wejnert. Przemówienie. W sprawie nowotworów jelit. — I. Grundzach: Kilka słów o psychogenezie i wskazaniach do psychoterapji cierpień przewodu pokarmowego. — L. Justman: Znaczenie niedomogi wątrobowej dla kliniki i leczenia schorzeń dróg żółciowych. — N. Mesz i M. Orzech: Zgłębnikowanie jelit cienkich i grubych.

Opieka nad dzieckiem, rok VIII, nr. 1., ze stycznia 1930: I. Puternicka: Umieszczanie dzieci w rodzinach. — Kaz. Górski: Jednorazowe badanie wychowanków (-nic) w zamkniętych zakładach opieki społecznej. — K. Majewska-Borowska: Dom matek.

Wiadomości terapeutyczne, rok II, nr. 1 i 2-gi z r. 1930: Referaty z czasopism krajowych i zagranicznych.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVII, nr. 17, z 27 kwietnia 1930: M. Chorzelska: Kwestja odżywiania w świetle najnowszych badań (c. d.): Okólniki i rozporządzenia władz; Sprawy zawodowe.

Nowotwory oraz Biuletyn Polskiego Komitetu do zwalczania raka, tom IV, nr. 3, za październik, listopad i grudzień 1930: G. Grynkraut: O czynniku świetlnym w powstawaniu, w życiu i leczeniu nowotworów. — R. Kalecka: Wahania poziomu cholesteryny we krwi u chorych na raka pod wpływem promieni Roentgena. — J. Stein: O tworach żółciakowych (xanthomata). — B. Weinert: Medycyna zapobiegawcza w raku. — B. Weinert i F. Niewiadomski: Z działalności Przychodni Polskiego Komitetu do zwalczania raka.

Położna, rok III, nr. 3, z marca 1930: Fr. Ks. Cieszyński: W sprawie organizacji opieki higjenicznej i położniczej na wsiach Rzeczypospolitej Polskiej. — M. Górka: Dzieje Krakowskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego. — J. Drozdowski: Z higjeny jamy ustnej i zębów.

Przegląd dentystyczny, rok X, nr. 4, z kwietnia 1930: Ś. p. Prof. Benedykt Dybowski. — Wł. Szafran: Dzisiejsza metoda operacyjna — „odcięcie szczytu korzenia" — w świetle badań bakterjologicznych i histopatologicznych.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo włoskie.

Pathologica.

R. XXII. Nr. 462. 1930.

Michelazzi. *Doświadczalne badania zmian w sercu pod wpływem związków jodowych.* W jednej grupie doświadczeń wstrzykiwał M. podskórnie 12 świnkom morskim (ważącym średnio 400 g) po 0,005 i 0,01 g jodku potasu codziennie przez 7 do 25 dni, w drugiej grupie stosował u 5 szczurów (wagi ok. 220 g) po 4 kołaczyki tyreoidynowe od 12 do 18 dni, wreszcie 3 królikom (wagi ok. 1000 g) wstrzykiwał podskórnie po 2 cm sześć. tyroidalu przez 13 dni. U wszystkich tych zwierząt stwierdził drobnowidowo zmiany w mięśniu sercowym, polegające na sprawach degeneracyjnych w samychże beleczkach mięsnych i na naciekach limfocytowych, w tkance łącznej podścieliskowej. Zmiany te były zupełnie podobne do zmian, wywoływanych doświadczalnie wyciągami z tarczycy i do zmian stwierdzonych w sercach osób zmarłych wskutek choroby Basedowa.

Ciechanowski.

Piśmiennictwo esperanckie.

Internacia Medicina Revuo.

Nr. 2. 1930 r.

Fels. *Dr. Szczepan Mikołajski*, nekrolog.

Prof. M. Neuberger (Wiedeń). *Prahistorja nauki o konstytucji i endokrinologji.* Nowszy rozwój leczenia dietetycznego i fizykalnego, oraz nowoczesna psychoterapja mimo zmienionych postaci i charakteru oznaczają przecież wznowienie dawniejszych idei leczniczych po okresie skeptycyzmu i racjonalnej patologji lokalnej. Pod wpływem serologji i nauki o odporności, pod wpływem nauki o wewn. wydzielaniu powstał też renesans idei patologji humoralnej. Krew i soki tkanek, schorzenia ogólne jako przyczyna cierpień miejscowych, usposobienie i konstytucja, wzajemny wpływ narządów, czynniki psychiczne i inne, które w patologji dawnych lekarzy główną odgrywały rolę, nabierają w czasach obecnych czem raz większego uznania w badaniu i leczeniu chorób. Niejedna myśl, która wydaje się nam absolutną nowością, istniała już w czasach bardzo dawnych; do takich zaliczyć też należy wartość leczniczą gorączki, hyperemji, badanie zdolności reakcyjnych organizmu i tp. Tak to niejedno wraca, co już dawno wydawało się nie mieć wartości realnej.

W pierwszym rzędzie widzimy obecnie rozległe zainteresowanie się konstytucją, a patolodzy, klinicyści, anatomowie i fizjologowie zajmują się dziś tą prastarą ideą, ażeby tworzyć dla niej realne, dla ekzaktycznego badania przystępne podstawy. Już u Hipokratesa konstytucja jest coś wrodzonego, co tylko niewiele da się zmodyfikować przez tryb życia. Rozróżniał on dobrą i złą, silną i słabą, atoniczną, tłustą i wilgotną konstytucję od tonicznej, chudej i suchej konstytucji, które powodują rozmaite usposobienia i wpływają na przebieg choroby. Już u niego znachodzimy „budowę suchotniczą“ *(habitus phthisicus)* i w swem dziele: *De natura hominis* wykłada on rzecz, że dobry stosunek 4-ch głównych soków cielesnych (krew, śluz, żółta i czarna żółć) oznacza zdrowie a z nieprawidłowego ich rozmieszania wynikają choroby i złe składy soków (crases). Podobnie jak cały organizm, tak też każdy narząd posiada swoją własną krazę i temperament czyli właściwości konstytucyjne. W późniejszych okresach rozmaicie tłumaczono istotę i podkład konstytucji widząc je bądź w chemicznym składzie soków, bądź w narządzie naczyniowym, limfatycznym, nerwowym i t. d. a uczeni niemieccy na dłuższy czas zarzucali zupełnie ideę konstytucjonalną. Powróciła ona tu dopiero jako *status thymicus, lymphaticus*, a obecnie odżyła idea konstytucjonalna na podstawie nowoczesnych, ścisłych badań biologicznych.

Podobnie jak konstytucja nauka o wewnętrznem wydzielaniu jest dziś w pełni badań i rozważań. Ale już Brown Sequard miał swego poprzednika w Théophile de Borden (1722—1776), który w swej rozprawie: *Analyse médicinale du sang* wypowiedział zdanie, że nietylko gruczoły, lecz każdy narząd jest wytwórnią swoistych substancji, które wchodząc w skład krwi są wszystkie ważne dla stanu prawidłowego i zdrowia organizmu. Już on tłumaczył istniejący wpływ jąder i narządu płciowego kobiet na organizm, widząc różne zmiany w okresie pokwitania i po trzebieniu, u kobiet płodnych i niepłodnych i uznawał też wpływ wydzielania narządu płciowego na umysł i stan psychiczny człowieka. Jednak i Borden był tylko tłumaczem starożytnych hipokrato-aristotelesowych pojęć o organiźmie i jego sprawności harmonijnej. Starożytne pojęcie było takie, że jeśli jedna część ciała odpada albo zostaje zmieniona, wtedy zmienia się całość organizmu. Aristoteles powiada: Jeśli istoty żyjące tylko częściowo się zmieniają, to podlegają wybitnej zmianie w składzie całego swego organizmu“. To staje się widocznem u trzebieńców, gdyż po usunięciu tylko małej cząstki ciała zamienia się osobnik męski na żeński.

R. Akitake (Huknoka w Japonji). *Nowy prosty przyrząd do bezpośredniej transfuzji krwi, z ilustracjami.*

Dr. Fels.

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 6. — 1930.

H. Kleinschmidt i H. Schadow: *O leczeniu krzywicy naświetlaną ergosteryną.* Zalecają ostrożne dawkowanie: 1—3 mg ergosteryny w ciągu 6—8 tygodni. Według swej statystyki nie stwierdzają wpływu współistniejącej krzywicy na zwiększenie śmiertelności wskutek zapalenia płuc grypowego lub krztuścowego.

H. Ulrici: *Współczesne leczenie uciskowe gruźlicy płuc.* Odma piersiowa, przecinanie zrostów, wyrwanie nerwu przeponowego, oleothorax, thorakoplastyka, plomby płucne — wskazania i powikłania. Postępowanie przy obustronnych zmianach gruźliczych.

Prof. Unverricht: *Co sądzić o leczeniu uciskowem gruźlicy płuc?* Ma zastrzeżenia w stosunku do zbyt częstego i zbyt wczesnego stosowania metody Jacobaeusa przepalania zrostów.

E. Kulcke: *Dieta Gerson-Hermannsdorfer-Sauerbrucha i jej stosunek do diety Lahmanna.* Przeprowadza szczegółową analogię obu diet i dochodzi do wniosku, że dieta Lahmanna jest właściwie pierwowzorem w zasadach swych dla diety Gersona; tą ostatnią należałoby raczej zreformować w myśl wskazań Lahmanna z przed 40 laty. Krytyczne uwagi o wpływie na gruźlicę płuc.

F. Bardachzi: *Leczenie raka energją promienistą.* (d. n.).

O. Porges i D. Adlersberg. — E. Frank: *Dwa artykuły dyskusyjne o przemijającej cukrzycy*, spowodowanej u zdrowych zastosowaniem diety ubogiej w węglowodany i zmiany jej po kilku dniach na dietę z przewagą węglowodanów. (pierwszy artykuł M. Kl. 1929. Nr. 48).

K. Schroeder — F. Pollak: Dwa artykuły dyskusyjne o leczeniu siarką kiły oraz kiłowych i niekiłowych schorzeń ośrodkowego układu nerwowego, (pierwszy artykuł M. Kl. 1929 Nr. 17).

F. Rosenthal: *Serodjagnostyczne znaczenie i mechanizm działania substancyj znajdujących się w surowicy i zabijających trypanosoma.* Surowica ludzka wstrzyknięta zwierzętom zakażonym pasorzytami prowadzi do szybkiego wyleczenia; dzięki posiadaniu pewnych substancyj w swej surowicy człowiek jest odporny przeciw tym pasorzytom. Przy niektórych chorobach surowica ludzka nie posiada tych zdolności leczniczych.

G. Lotheissen: *20 lat stosowania Novojodiny.*

H. Lüers: *Wpływ ziarnistej i słodowej kawy na ścinanie się mleka w żołądku.*

E. Edens: *Nowe prace o chorobach serca i naczyń.* Referat.

Nr. 7. — 1930.

F. Schück: *Zmiany w rozpoznawaniu i rokowaniu uszkodzeń czaszki i mózgu.* Zabieg operacyjny należy ograniczyć do tych przypadków tylko, gdzie zwiększa się ucisk na mózg czyli gdzie stwierdzamy wzrastające krwawienie — wskazówek rozpoznawczych dostarczyć może zwolnienie tętna i przebieg choroby w ciągu 2—3 dni po urazie. Rewizja pojęć *commotio, contusio* i *compressio cerebri.* Rozpoznawanie złamań szczególnie podstawy czaszki.

H. Stephan: *Praktyczne wyniki i wskazania do leczenia cukrzycy insuliną podawaną doustnie.* Propaguje cholosulinę Gansa i donosi o dalszych dobrych wynikach jej stosowania.

W. Bergerhoff: *Zastosowanie dożylnej pyelografji w medycynie wewnętrznej.* Wskazania, przeciwwskazania, technika stosowania pyelognostu. Opis kilku przypadków.

A. Hollenberg: *Przypadek psittacosis w Lipsku.*

H. Magendantz: *Przyczynek do poznania zakażenia Banga w człowieku.* Opis przypadku.

F. Bardachzi: *Leczenie raka energją promienistą.* Wybór metody leczenia i statystyka nowotworów złośliwych poszczególnych narządów (dok.).

Dr. Brückner: *Zapalenie mózgu po szczepieniu ospą.* Opis 2 przypadków.

O. Weltmann: *O odzwierciadleniu w surowicy krwi procesów wysiękowo-zapalnych i włóknistych.* Doświadczenia nad procesem koagulacji w rozmaitych sprawach chorobowych.

Dr. Hayward: *Erysipeloid. Gruźlica skóry.* Dla praktyki. (d. c. n.).

F. Schmied: *O wypróżnieniach przy stosowaniu isacenu w pooperacyjnych przypadkach.*

H. Schneidel: *Niedokrwistość złośliwa po wycięciu żołądka.* Dział ubezpieczeń.

E. Edens: *Nowe prace o chorobach serca i naczyń.* Referat. (dok.).

Nr. 8. — 1930.

L. Fraenkel: *O popłodzie; wyniki badań anatomicznych, doświadczalno-fizjologicznych i klinicznych.*

M. Boddin: *Przyczynek do kliniki neurogennego wyprysku w wieku dziecięcym.* Obserwacja wyprysku pochodzenia nerwowego u 33 dzieci wykazuje w większości przypadków zmiany skórne po kilku czy kilkunastu jeszcze latach, w odróżnieniu od skazy wysiękowej, która zupełnie, szybko i na stałe znika przy odpowiedniem leczeniu. Zaleca preparaty terowe.

R. Sommer: *Obrażenie mózgu pchnięciem noża i leczenie złamania kości czaszki.* Opisuje dwa przypadki ze złamaniem kości czaszki z ugięcia czyli t. zw. włamania.

E. Freund: *Przyczynek do symptomatologji nerwobólu n. cruralis.* Objaw opisany przez André-Thomas i nazwany „douleur d'élongation"; chory leży na brzuchu, przy zgięciu kolana i jednoczesnem podnoszeniu podudzia ku górze odczuwa silny ból w przedniej części uda.

F. Deutsch i E. Weiss: *Praktyczne zużytkowanie krzywej cukru we krwi dla ocenienia zdolności sportowej.* Wyraźne podniesienie się poziomu cukru we krwi u biegaczy krótkodystansowych (1,5 km), tem większe im później sportowiec osiąga metę. Biegacze maratońscy (42,2 km) im później przychodzą do mety, tem większe wykazują obniżenie poziomu cukru wraz z innemi objawami wyczerpania. Radzi podawać przy dłuższych wysiłkach fizycznych, cukier, fosforany ew. suprareninę.

Dr. Lehr: *Błędne rozpoznania i leczenie chorób uszu i górnych dróg oddechowych* — w związku z artykułem M. Kl. Nr. 2. 1930. — Czopy ropne w migdałkach napozór zdrowych, dające różne odległe objawy. Dolegliwości żołądkowe (wymioty) z powodu połykania ropy, spływającej z bocznych jam nosa lub z ucha.

B. Doll: *Profilaktyka błonicy w zakładach zamkniętych.* O stosowaniu maści błoniczej Löwensteina — 2—3 cm^3 trzykrotnie w odstępach dwutygodniowych.

E. Krah: *Badania porównawcze nad serologicznem wykryciem kiły.* Badania trzech tysięcy surowic metodą Wassermanna, Sachs-Georgi, Meinicke, Kahn, Müller, Sachs-Witebsky (citochol). Tablice statystyczne. Uważa samą reakcję Wassermanna za niewystarczającą, radzi łączyć ją przynajmniej z dwoma jeszcze innemi odczynami.

Dr. Hayward: *Gruźlica skóry. Dieta Hermannsdorfera.* Dla praktyki. (d. c. n.).

Dr. Cahn i Dr. Pomuss: *Nasze doświadczenia z papavydriną.*

Dr. Engelhardt — W. Baetzner: *Czy rozmiękczenie os lunatum jest chorobą zawodową.* Artykuły dyskusyjne (pierwszy artykuł M. Kl. 1929. Nr. 38). Dział ubezpieczeń.

H. Zieman: *Nowsze prace z zakresu chorób zakaźnych, parazytologji i egzotycznej patologji.* Referat. (d. n.).

H. Powązka (Kraków).

Wiener Klinische Wochenschrift.

Nr. 8. — 1930.

K. Lindner: *Dotychczasowe wyniki lecznicze odklejenia siatkówki, metodą Gouina.*

R. Willheim i K. Stern: *Próba rozbudowy i analiza cytologicznej reakcji rakowej.* W surowicy chorych na raka a także i w krwi osób zdrowych (Freund u. Kaminer) znajduje się substancja rozpuszczająca komórki rakowe. Czynnik ten jest paraliżowany przez substancję antagonistyczną — zellschützende Substanz — Freund, Kaminer.

W badaniach nad tem zjawiskiem poddawali autorowie zawiesinę komórek rakowych działaniu surowic chorych i zdrowych w rosnących stężeniach. Ilość komórek rakowych malała wraz ze wzrostem stężenia surowicy normalnej. Przy użyciu surowicy chorego na raka, początkowo lyza komórek rosła ale przy silniejszych stężeniach surowicy spadała do zera. Surowice ciężarnych w VIII i IX mies. a także jedna surowica rakowa nie okazywały zdolności carcinolitycznych. Autorowie przypuszczają że obie substancje, rozpuszczająca i antagonistyczna zostają adsorbowane przez komórkę, jednak subst. antagonist. w większej mierze i stąd spadek lizy w surowicy rakowej. (Liczne krzywe).

H. Schlesinger: *Bębnica czaszki (Schädeltympanie) i inne kliniczne właściwości mnogich guzów kości.* W rzadkich przypadkach zdarza się, że układ kostny bywa wybiórczo zaatakowany przez liczne przerzuty prosówkowe nowotworowe podczas gdy części miękkie są wolne od nich. Stan taki może trwać 3—4 lata bez występowania charłactwa. Zniekształcenia szkieletu i złamania nie występują. Opukiwania czaszki nad potylicą w przyp. mnogich guzów czaszki dają wypuk tympaniczny. Miejscowe znieczulenie na brodzie wskazuje na przerzuty w szczęce.

K. Narbeshuber: *Acetonowe wymioty w hyperthyreozach.*

G. Halter: *Przypadek śmierci po transfuzji krwi* u ciężko skrwawionej, wskutek ciąży pozamac. pękniętej, pacjentki wykonano przetoczenia krwi z osobnika grupy IV (chora grupa II). Wynik doraźny b. dobry. W 24 godzin potem żółtaczka, haemoglobinuria a w 10 dniu śmierć wśród obj. śpiączki mocznicowej. Autor twierdzi, że osobnikom silnie skrwawionym należy przetaczać krew tylko z osobników tej samej grupy. Z t. zw. dawców ogólnych tylko wtedy jeżeli ich miano aglutynacyjnie zostało przedtem z krwią chorego oznaczone.

F. Sonnenwirth: *Mechanika hypertensji.*

C. Sternberg: *Anatomo-patologiczne podstawy zaburzeń wewnątrzwydzielniczych.*

M. Sgalitzer: *Badanie schorzeń pęcherza promieniami Roentgena.*

G. Heller: *Co ma czynić lekarz w przyp. ostrego zapadu.*

H. Lehndorff: *Przyczyna okresowych wymiotów z acetonaemią i jak należy je leczyć.*

Nr. 9. — 1930.

L. Hess: *Icterus gravis (atrophia flava). Oliguria, Oedema pulmonum.*

W. Neumann: *W sprawie leczenia ropnia i zgorzeli płuc.* Opis przypadków pomyślnie leczonych odmą sztuczną.

L. Haslhofer: *Ostitis fibrosa.*

R. Nebelhör: *Przygotowanie skopolaminowo-ephedrynowe do narkozy gazem rozweselającym.*

J. Likowsky: *Przyczynek do czynnego uodpornienia przeciw błonicy maścią Löwensteina.* Opis uodpornianych kilku przypadków.

A. Philadelphy: *Parchy kocie (Katzenräude) u ludzi.* Opis przypadku.

P. Saxl: *Konstytucja a przemiana materji.*

A. Pölzl: *Zastosowanie naświetlanych tłuszczów w ginekologji.* Autorka stosowała w 24 przyp. chorób kobiecych gałki pochwowe z naświetlanego tłuszczu. W 5 przyp. vaginitis w klimakterjum, i w 3 przyp. vaginitis nieznanego podłoża wynik b. dobry. Po 3 tyg. zniknęły upławy i pieczenie. 2 przyp. zapalenia macicy i przydatków nie dały wyniku, jedynie poprawa stanu nadżerki. W 6 przyp. retroflexio uteri c. endometritide poprawa. W 1 przyp. parametritis chr. ustanie bólów .

L. Moll: *Przygotowanie i zastosowanie sztucznego odżywiania u oseskôw.*

E. Freund: *Wskazania do proteinoterapji w schorzeniach reumatycznych.*

Nr. 10. — 1930.

W. Falta: *Związek między otyłością a aparatem wysepkowym.*

E. Loewenstein i Russeff: *O czystej hodowli prątków gruźliczych z krwi.*

L. Hess: *Icterus gravis, Oliguria; Oedema pulmonum.*

D. Scharf: *Elektrokardiogram w przyp. wylewów do worka osierdziowego.*

R. Jakopp i A. Streit: *Próby uodpornienia maścią Löwensteina podczas epidemji błonicy.*

A. Philadelphy i O. Grimm: *Przyczynek doświadczalny w przyp. parch kocich u ludzi.*

H. Elias: *Jaką dietę należy polecać w przyp. guzów przewodu pokarmowego.*

L. Böhler: *Leczenie dystorsji stawu skokowego, łokciowego i barkowego.*

Nr. 11. — 1930.

F. Depisch, R. Hasenöhrl, L. Schönbauer: *Wpływanie drogą operacyjną na przemianę cukrową.* Autorowie omawiają metody operacyjne zdążające do uregulowania gospodarki cukrowej. Na dotychczasowe wyniki takiego postępowania zapatrują się sceptycznie.

L. Hess: *Icterus gravis, oliguria, oedema pulm.* Dokończenie.

H. Schipper: *Leczenie odmą gruźlików z rozedmą.*

K. Frachtmann: *Śródotrzewnowe krwawienia z narządów rodnych poza ciążą.*

Autor omawia 11 przyp. krwotoków do jamy brzusznej z narządów rodnych, nieciążowego pochodzenia. W tem 4 krwotoki z pęcherzyków i torbieli pęcherzykowych, 2 przyp. z ciałka żółtego, w 5 przyp. z jajników z niejasnej przyczyny.

E. Nobel: *Tarczyca i trzustka w wieku dziecięcym.*

V. Kollert: *Plan leczenia w przyp. zapalenia nerek.*

N. Jagić: *Serce i narząd krążenia w hypertonji.*

R. Bachrach: *Leczenie niektórych form pollakisurji niezapalnego pochodzenia.* *Dr J. Krzyżanowski* (Gdynia).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie w dniu 22 czerwca 1929 r.
Przewodniczy: Prezes Tow. Kol. Rożkowski.

1. Kol. Borkowski omówił ciekawy pod względem rozpoznawczym przypadek. chory mężczyzna 58-letni o odżywieniu podupadłem (waży 50 kilo) miewał napady sercowe, leczył się w Krynicy; po upływie kilku miesięcy Kol. Borkowski stwierdził napady astmatyczne. Stosował asthmolysinę, pomimo to napady bywały coraz częstsze. Chory został skierowany do szpitala; tam na naradzie z kol. Rożkowskim wykryto stłumienie w górnej części mostka i w prawem międzyżebrzu; prześwietlenie wykazało zbitą masę w tej okolicy, rozpoznawano raka śródpiersia. Po szeregu naświetlań Roentgenem — poprawa, napady dychawicy ustąpiły. Nowy roentgenogram — cień jak poprzednio, ale opukowo stan lepszy. Obecnie objawy niedomogi mięśnia sercowego. Pokaz roentgenogramu.

Prezes Rożkowski obserwował ten przypadek i stwierdził stłumienie wybitne na mostku i odpowiednie od tyłu, objawów tętniaka nie było; był ucisk nerwów śródpiersia prawdopodobnie nowotworem (rakiem), stąd po naświetlaniu szybka poprawa duszności. Obecnie stłumienia znacznie mniejsze.

Kol. Batawia przemawia przeciwko rozpoznaniu raka, ponieważ w takim razie, zdaniem jego, nie nastąpiłaby szybka poprawa.

2. Kol. Frenkenberg wygłosił odczyt: *„O rozpoznawaniu i leczeniu rwy kulszowej“.* Należy starać się stwierdzić, *który odcinek* nerwu uległ schorzeniu. W przebiegu nerwu można wykazać 5 odcinków niejednakowych w zależności od części składowych i otaczających tkanek: 1) korzonki 2) zwój międzykręgowy, 3) tak zw. *funiculus* (od zwoju do splotu), 4) splot i 5) pień nerwowy. Każdy z tych odcinków może samodzielnie ulec schorzeniu i dać dość odrębny obraz chorobowy. Możliwe jest również jednoczesne zajęcie kilku odcinków. Objawem wspólnym dla wszystkich odcinków nerwu jest *ból*, umiejscowiony przez chorego na tylnej powierzchni kończyny dolnej. Ból ten nie ma jakichś cech charakterystycznych, nasila się przy ruchach, jest najbardziej dokuczliwy w nocy. Dodatkowe objawy pozwalają na dokładniejszą lokalizację dotkniętego odcinka.

Dla zajęcia korzonków nerwu *(radiculitis)* charakterystyczny jest ból przy kaszlu, kichaniu, ziewaniu. Objaw Lasegue'a, jest zazwyczaj słaby lub występuje przy unoszeniu kończyny zdrowej. Objaw Bonnet'a — przywiedzenie zgiętej w stawie udowym kończyny — przeważnie dodatni. Odruch Achillesa osłabiony lub zniesiony. Zaburzenie czucia o przebiegu korzonkowym (pasy podłużne). *Radiculitis* o charakterze ostrym występuje przeważnie po grypie i przechodzi szybko; ma charakter przewlekły przeważnie w przymiocie rdzeniowym lub rzadziej jako początkowy okres guza *caudae equinae.* W każdym takim przyp. należy wykonać nakłucie lędźwiowe z całkowitem zbadaniem płynu mózgowo-rdzeniowego.

Funiculitis ischiadica (zajęcie odcinka nerwu przebiegającego przez *foramen conjuctivum* od zwoju do splotu) cechują: 1) wcześnie występująca skolioza jednostronna homolateralna, 2) przykurcz mm. grzbietu, 3) ból w kręgosłupie przy nachylaniu się. Inne objawy są mniej charakterystyczne. Nakłucie lędźwiowe wykazuje jedynie zwiększoną ilość białka. Ta postać rwy kulszowej świadczy o zajęciu stawów międzykręgowych lub kręgu, i nie raz bywa wczesnym okresem *spondylitidis tbc.* Odruch Achillesa jest wtedy wzmożony lub kloniczny.

Neuritis ischiadica (zajęcie pnia nerwowego) cechują: 1) bolesność pnia nerwowego, 2) bóle mm. przeważnie pośladka i łydki, 3) parestezje, 4) wybitny objaw Lasègue'a w pozycji leżącej, siedzącej i stojącej, 5) brak odruchu Achillesa, 6) obniżenie czucia na stopie i 7) skolioza przeciwległa.

Zajęcie zwoju i splotu nerw. daje objawy mniej charakterystyczne.

Oprócz tego spotykamy inne postaci rwy kulszowej o obrazie bardziej złożonym: brak odruchów brzusznych lub jądrowych, zaburzenia czucia na przedniej powierzchni uda, w dolnej części brzucha, w okolicy narządów rodnych i odbytu; objawy spastyczne. Te postaci rwy kulszowej towarzyszą schorzeniom w obrębie miednicy małej, jak guzy, *adnexitis, retroflexio uteri fixat.* lub przewlekłym sprawom zapalnym kręgosłupa.

Odróżnianie *neuritidis* od neuralgji ma obecnie mniejsze znaczenie. Większość badaczy uważa neuralgję za lekką postać *neuritidis.* Jako *neuralgia ischiadica* bywają rozpoznawane *myalgia lumbalis* lub *ischialgia hysterica.*

Leczenie rwy kulszowej winno być uzależnione od dotkniętego odcinka. *Radiculitis* ostra szybko przemija; w *funiculitis ischiadica* kuracja podobna do leczenia *polyarthritis acutae* daje nieraz dobre wyniki. W *neuritis ischiadica* w okresie ostrym — vaccineuryna, w późniejszych okresach — injekcja Lauge'go; 60—80 cm^3 roztworu fizjol. soli donerwowo, w *funiculitis i radiculitis* — injekcja *epiduralna* 15—20 cm^3 roztworu soli z nowokainą.

Z zabiegów elektro-terapeutycznych — galwanizacja we wszystkich okresach, diatermia i promienie Roentgena — w późniejszych. Balneoterapja jako środek pomocniczy w późniejszych okresach. W ischialgiach w związku z *arthritis deformans* kręgów, cutivaccin Paula lub szczepionka Ponndorfa. (Streszczenie własne).

W dyskusji Kol. Batawia zaznacza, że obecnie w leczeniu rwy kulszowej zastrzyków alkoholu przeważnie nie stosuje się, ponieważ zastrzykiwać należy nie do nerwu, lecz obok nerwu, co stanowi trudność w wykonaniu.

Kol. Okuszko podnosi w etiologji funikulitów znaczenie urazów oraz zawodu (na prz. u tragarzy); na tle zmian w nerwie kulszowym powstają kauzalgie, które powodują bardzo silne bóle. Co do tego leczenia, zdaniem Kol. Okuszki, prelegent ma dużo optymizmu, bywają bowiem nawroty i uporczywe trwanie bólów. Mówca miewa dobre wyniki po kąpielach solankowych i siarkowych: pogorszenie bywa po pierwszych kąpielach, później następuje polepszenie nawet w przypadkach ostrych.

Prezes Rożkowski podnosi szczegółowe, aczkolwiek schematyczne, i nowoczesne ujęcie tematu przez prelegenta. Rozpoznanie chorego odcinka nerwu niezawsze jest możliwe. Sprawa obustronna ma często pochodzenie kostne. Rozpoznanie ścisłe neuralgji i neurytu, to zn. sprawy czynnościowej i organicznej jest rzeczą trudną. Wybitnym objawem funikulitu jest skolioza. Co do leczenia, w ostrym okresie nie należy stosować ani kąpieli, ani diatermji.

W odpowiedzi prelegent zaznacza: kąpiele i diatermia pomagają przeważnie tam, gdzie jest cierpienie mięśni, *myalgia,* nie zaś *neuritis.* Sprawa obustronna, spotyka się w cukrzycy, postać arteriosklerotyczna ustępuje pod wpływem jodu. Wartość leczniczą kąpieli błotnych (borowinowych) — o ile jest prawidłowe rozpoznanie sprawy — prelegent podaje w wątpliwość.

Skolioza bywa albo homolateralna, albo heterolateralna: w *funiculitis* zawsze homolateralna, w *neuritis ischiadica* — heterolateralna (przeciwległa). (Streszczenie własne).

3. Kol. Szaniawski podał swoje spostrzeżenia i uwagi z wycieczki do Paryża, w celu naukowym.

Sekretarz: *K. Łokczewski.*

Lekarskie Towarzystwo Zagłębia Dąbrowskiego.

Protokół posiedzenia naukowego z dn. 22 maja 1929.

Zebranie zagaił w obecności 18 członków i 2 gości Prezes: kol. Zahorski, sekretarza zastępował kol. Faliński.

1. Kol. Poznański demonstruje przypadek *ca. linguae* u 70-letniego mężczyzny.

W dyskusji kol. Puterman radzi wykonać odczyn Wassermanna dla przekonania się, czy to nie kilaki. Kol. Poznański, twierdząc, że zarówno wywiad, jak i stan obecny przemawiają za nowotworem złośliwym, gotów jest przeprowadzić pomocnicze ba-

danie rozpoznawcze (Wassermann, wycięcie i badanie histologiczne).

2. Kol. Stefan Kramsztyk z Warszawy wygłasza odczyt p. t. *„Nowe kierunki w nauce o żywieniu"*.

Po krótkim wstępie historycznym, prelegent scharakteryzował wyniki doświadczalnych prac amerykańskich, jakie w drugiem dziesięcioleciu zostały wykonane na dużą skalę po tamtej stronie oceanu, a które wstrząsnęły podstawami, jakiemi dotychczas kierowaliśmy się w danej dziedzinie wiedzy. Prace te wykazały, że najbardziej rozpowszechnione obecnie na kuli ziemskiej środki spożywcze, badane nie chemicznie, lecz za pomocą metody biologicznej, odznaczają się wybitnym niedoborem pokarmowym, wyrażającym się w niedostateczności składników pokarmowych pierwszorzędnej wagi. Dotyczy to przedewszystkiem tak rozpowszechnionych pokarmów, jak mąka pszenna, ryż łuskany i mięso z mięśni zwierzęcych. Badacze amerykańscy wskazują na to, że głównemi cechami dodatniemi pożywienia są: jakość ciał białkowych, dostateczna zawartość wapnia oraz dopełniających czynników pokarmowych t. j. witamin, a zwłaszcza witamin rozpuszczalnych w tłuszczu.

Następnie prelegent podał poglądy amerykanów na sprawę karmienia osesków i na zależność dobrostanu niemowląt od sposobu żywienia się matki karmiącej, który to fakt nie był dotychczas należycie uwzględniony. W drugiej części referatu prelegent zobrazował sposób, w jaki Mc. Collum i Simmonds starają się wyniki badań doświadczalnych przenieść w dziedzinę stosunków ludzkich i przedstawić jak ten, czy inny sposób żywienia się wpływa na stan fizyczny i sprawność poszczególnych plemion i narodów.

Wkońcu scharakteryzowane zostały kiełkujące obecnie w Europie prądy, dążące do reformy sposobu odżywiania się, który właściwie w tej rozciągłości istnieje dopiero lat kilkadziesiąt, a które to prądy przyoblekły się w czyn w postaci powstałej latem 1928 roku w Berlinie „Międzynarodowej Organizacji dla badań problemów odżywiania".

Po odczycie został wyświetlony szereg przeźroczy, które ujmowały najbardziej charakterystyczne ustępy referatu.

W dyskusji zabierali głos kol. kol. Puterman, Ryder i Wołkowicz.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16 czerwca 1929 roku.

Zebranie zagaił w obecności 26 członków i 7 gości Prezes kol. Zahorski, poczem prof. Tempka z Krakowa wygłosił obszerny odczyt na temat: *„Znaczenie kliniczne obrazu kropli krwi"*.

Ta nowa metoda badania klinicznego, oparta o analizę t. zw. „obrazu kropli krwi", a mająca za podstawę naukową zasadę analizy kapilarnej, została wprowadzona przez 3 lekarzy niemieckich Fr. Meyera, Burasta i prof. Schillinga. Między właściwą analizą kapilarną, opracowaną ostatecznie w 1910 r. przez Goppelsroedera, a analizą „kropli krwi" zachodzą jednak wybitne różnice: mianowicie naprzód przedmiotem badania jest krew, a więc ciecz nader skomplikowana, tak, że przy badaniu „obrazu kropli krwi" wypływają na widownię obok zwykłych czynników, towarzyszących zjawiskom analizy kapilarnej jeszcze inne momenty, jak krzepnięcie krwi, wiązanie tlenu, zmienna zawartość ciał białkowych i wody, nadto zawartość elektrolitów i składników postaciowych; ponadto zasadniczą cechą analizy „obrazu kropli krwi", odróżniającą się wybitnie od analizy kapilarnej — jest wprowadzenie przez autorów 3-ch barwnych skrawków bibuły, mianowicie czerwonego, niebieskiego i zielonego. Składnikami podstawowemi tych barw jest sudan, zieleń malachitowa, metylenblaueozyna i siarkan błękitu nilowego. Technika metody jest niezmiernie prosta: 1—2 kropli krwi, wziętej z żyły bezwzględnie suchą igłą i suchą strzykawką dajemy odrazu na każdy z 3-ch barwnych skrawków umieszczonych obok siebie w ramce tekturowej i oglądamy po dokładnem ich wyschnięciu, a więc po 24 godzinach w świetle przeświecającem. Obraz zaschłej tarczy krwi przedstawia się rozmaicie zależnie od tego, czy badana krew jest prawidłowa, czy też chorobowo zmieniona. Ponieważ obraz *kropli* krwi badamy w *świetle* przeświecającem, więc wymienieni autorzy nadali swej metodzie nazwę „guttadiaphot". Ostateczne wyniki tak właśnie jak i in. autorów uzyskane na podstawie tej metody ujmuje prof. Tempka w następujący sposób: 1) Guttadiaphot jest zupełnie nieswoistą hematologiczno-serologiczną metodą badania, opartą o podstawy analizy kapilarnej, wykazującą wogóle chorobowy stan krwi. 2) G. oddziaływa na zmiany w zakresie osocza, tyczące tak zawartości wody jak koloidów, będąc w ten sposób niejako negatywem morfologicznego obrazu krwinek czerwonych. 3) G. okazuje najwybitniejsze zmiany w przebiegu schorzeń krwi okazujących niedokrwistość, oraz w przebiegu zakażeń wogóle. Jest ujemny lub słabo dodatni w przebiegu nowotworów niepowikłanych. 4) Ze względu na zupełny brak jakichkolwiek cech swoistych, przejawiających się identycznemi obrazami w przebiegu najrozmaitszych schorzeń, niema „obraz krwi" znaczenia metody rozpoznawczo-różniczkowej, byłoby największym błędem i zupełnem niezrozumieniem istoty tej metody, aby jedynie na podstawie zmian „obrazu kropli krwi" stawiać jakieś rozpoznanie n. p. lues. Dodatni obraz kropli krwi na jakimkolwiek z 3-ch skrawków, uwzględniony sam dla siebie, wskazuje równie dobrze na zakażenie, gruźlicę, kiłę jak i schorzenie krwi. Słuszna ocena i wykorzystanie praktyczne obrazu kropli krwi może nastąpić jedynie przy równoczesnem uwzglednieniu tak wywiadów, jak i całokształtu badania klinicznego w tem znaczeniu, że w przypadkach niejasnych, o nieznacznych objawach, dodatni, zwłaszcza silnie dodatni, obraz kropli krwi wskazuje nam na zmianę chorobową krwi i każe nam dobrze przeprowadzić badania, zależnie od całokształtu klinicznego czy to w kierunku kiły, czy gruźlicy, czy posocznicy, czy też ograniczonych zmian zapalnych. W stosunku do kiły, dla której pierwotnie była ta metoda przeznaczona, wykazuje guttadiaphot tylko zupełnie niecharakterystyczną część zakażenia kiłowego, mianowicie zakażenie wogóle, przyczem w olbrzymiej większości przypadków kiły idzie zupełnie równolegle z odczynem Wassermanna, w znacznej ilości przypadków okazuje się nawet czulszym odczynnikiem na kiłę niż Wassermann, a tylko w minimalnej ilości przypadków jest ujemny przy dodatnim odczynie Wassermanna. O jakiemś zastąpieniu metody Wassermanna, zwłaszcza uzupełnionego odczynem Meinickiego, nie ma oczywiście mowy, jednakże przy uwzględnieniu całokształtu klinicznego może być obraz krwi już w dzisiejszej postaci bardzo pożądanem uzupełnieniem właściwych obrazów serologicznych. 5) W ramach jakiegoś już ustalonego co do rozpoznania schorzenia może być obraz kropli krwi do pewnego stopnia miernikiem aktywności procesu chorobowego. 6) W przeciwieństwie do nieswoistości, jest obraz kropli krwi bardzo czułym odczynem, ale oczywiście w znaczeniu zupełnie ogólnego obrazu chorobowego, będącego wyrazem zmian krwi wogóle. 7) Ze względu na swą wybitną czułość i zarazem nieswoistość zbliża się obraz krwi bardzo do innej metody hematologicznej, mianowicie do badania opadania krwinek czerwonych. W ten sposób obie te metody razem wzięte i oparte jeszcze o hemogram Schillinga doskonale się uzupełniają. 8) Wreszcie należy pamiętać, że „obraz kropli krwi", jest metodą, bedącą dopiero w zawiązku, że przez dodanie nowych odpowiednio dobranych skrawków barwnych może nabrać jeszcze większej wyrazistości, ewentualnie i pewnych cech swoistości, że jest jednem słowem metodą zdolną do rozbudowy i daje już w obecnym stanie praktyczne wyniki, jednakże przy niezmiernie krytycznej ocenie i przy zrozumieniu jej biologicznego podłoża. 9) Wbrew twierdzeniu autorów tej metody, którzy przeznaczyli ja dla lekarza-praktyka w godzinie odpoczynkowej, stoi prof. Tempka na stanowisku, że obecnie jest guttadiaphot jeszcze domeną kliniki i szpitala i że dopiero po dalszej rozbudowie może być oddany w ręce praktyka. Wykład był ilustrowany tablicami i szeregiem „obrazów kropli krwi", pochodzących z materjału I kliniki chorób wewnętrznych U.J., na których prelegent wykazał cechy prawidłowego i patologicznego obrazu kropli krwi.

W dyskusji zabierali głos kol. Nasiłowski, Czarski, Branicki i Goldberg.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 16. X. 1929.

Zebranie zagaił prezes T-wa Kol. Zahorski przy udziale 32-ch członków i 6-ciu gości. Po odczytaniu protokółów z ostatnich 2-ch posiedzeń naukowych, Kol. Trawiński demonstrował następujących pacjentów:

a) 5 chorych *po operacyjnem usunięciu woreczka żółciowego z powodu kamicy*. We wszystkich przypadkach zastosował podsurowiczy sposób usunięcia woreczka. Kikuty przewodów woreczkowych podwiązywał i dokładnie obszywał otrzewną, brzuch zaś zaszywał na głucho. Następowało gładkie i szybkie gojenie się. Powyższy sposób może być stosowany w pewnych tylko wypadkach. Omówił wskazanie operacyjne i wyniki, które, uważa, że będą tem lepsze, im wcześniej będzie dokonana operacja, wobec wyraźnych objawów kamicowych.

b) Pacjenta po usunięciu nerki z powodu wodonercza zakażonego. Operowany był przed 4 miesiącami. Rozpoznanie opierało się na obecności bolesnego guza, odpowiadającego znacznie powiększonej nerce. Chory miał szereg bardzo bolesnych napadów z wysokiemi podniesieniami ciepłoty, oraz obfitą ropą w moczu, było robione wziernikowanie pęcherzą z badaniem poszczegól-

nych nerek i pyelografja. (Pokaz preparatu). Wydobyta nerka miała znacznie rozszerzoną miedniczkę i kielichy oraz daleko posunięty zanik miąższu. Przyczyny wodonercza nie dało się ustalić. W 3 tygodnie po zabiegu pacjent opuścił szpital, a obecnie jest zupełnie zdrów.

c) Przypadek *rozległego (1 metr) usunięcia jelita cienkiego* wskutek silnego urazu brzucha. Chory operowany był w 12 godzin po wypadku przy objawach krwawienia wewnętrznego. W czasie zabiegu okazało się, że krwawienie pochodzi z licznych i przez całą grubość sięgających uszkodzeń krezki, same zaś jelito było całe, wobec jednak wyraźnych objawów, świadczących o niedostatecznem unaczynieniu jelita, należało tę część jelita usunąć. Wyzdrowienie nastąpiło bardzo szybko, chory niema żadnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, (miesiąc po operacji).

d) Chorego w miesiąc po operacji z powodu *tętniaka wrzekomego tętnicy udowej po postrzale*. Tętnica została zeszyta, a żyła z powodu znacznego uszkodzenia została podwiązana. Szybkie wyzdrowienie.

e) Pacjentkę w 3 miesiące po szwie kostnym, z powodu złamania kości piszczelowej i dużego przemieszczenia odłamków. W danym wypadku związano mocnym jedwabiem odłamki kostne. Nastąpił trwały zrost.

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Kotarski, Puterman i Witkowski.

Kol. Witkowski wygłosił referat: *„O postępowaniu leczniczem przy poronieniach gorączkujących na podstawie własnych spostrzeżeń“.*

Na ogólną liczbę 710 skrobanek, dokonanych w Zakładzie Położniczym Pow. Kasy Chorych w Sosnowcu, 157 skrobanek było dokonanych u chorych gorączkujących, przyczem za gorączkujące były uważane chore, które miały temperaturę powyżej 38° Z tej liczby 77 chorych miało temperaturę powyżej 38°, 61 powyżej 39° i 19 powyżej 40°. Chore przybywały do zakładu pomimo gorączki często z dreszczami i cuchnącemi odchodami. nieraz z wymiotami t. j. z objawami większego lub mniejszego zakażenia.

Na podstawie własnych spostrzeżeń Kol. Witkowski skłania się do czynnej interwencji u chorych roniących z gorączką, przyczem uważa, że jajo płodowe należy usuwać łyżeczką, a nie palcem.

Jako przeciwwskazania do skrobanki uważa sprawy zapalne w przymaciczach, przydatkach i otrzewnej, oraz silne krwotoki, chociaż i te przeciwwskazania ustępują, jeżeli po 1—3 dniowej obserwacji szpitalnej nie nastąpi samoistne poronienie, wtedy dokonywa skrobanki z bardzo dobrym wynikiem, albowiem na 157 wypadków zmarła tylko jedna chora i to przywieziona do zakładu w bardzo ciężkim stanie z powodu ogólnego zakażenia i silnego krwawienia, u której ręcznie zostały usunięte resztki jaja płodowego.

Zestawiając swoje spostrzeżenia prelegent uważa:

1) U chorych gorączkujących roniących parodniowa obserwacja jest wskazana w nadziei, że jajo płodowe może odejść samoistnie (chinina).

2) Gorączka u chorych podejrzanych na rozpoczynające się poronienie (n. p. przy *abortus arteficialis)* bez bólów i bez krwawienia nie jest wskazaniem do zabiegu.

3) Gorączka z silnemi bólami i umiarkowanem krwawieniem każe spodziewać się samoistnego poronienia i narazie nie wymaga zabiegu.

4) Gorączka bez bólów, lecz z krwawieniem zwykle wymaga zabiegu.

5) Przypadki bez gorączki, lecz z krwawieniem, długo trwającem. albo gdy wyczuwa się jajo płodowe w szyi macicznej, lub jest cuchnąca wydzielina, albo odchodzą kawałki, wszystko to przemawia za wykonaniem zabiegu.

W dyskusji zabierali głos Koledzy: Czarski i Kotarski.

Na tem posiedzenie zakończono.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, na wniosek Zarządu, przyznało nagrodę z funduszu im. Dra Henryka Dobrzyckiego, p. Docentowi Drowi med. Antoniemu Sabatowskiemu ze Lwowa, za pracę p. t. „Klimatoterapja oraz hydroterapja ogólna i zdrojowiskowa z opisem uzdrowisk polskich“.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 6 maja 1930 r. Stefan Rudzki. Walka społeczna z gruźlicą na wsi.

Nominacja. Dr. Tomasz Janiszewski, docent Uniw Jagiell., został mianowany profesorem zwyczajnym higjeny na Wydz. Lek. Uniw. Warszawskiego.

Kraków.

Dnia 15 kwietnia wyjechał prof. Piltz (Kraków) jako delegat Rządu Polskiego na Międzynarodowy Zjazd Higjeny Umysłowej do Waszyngtonu. Rząd amerykański zaprosił go na swój koszt. Prof. Piltz przygotował referat oraz zabierał głos w dyskusji kilkakrotnie. Oprócz tego przemówił imieniem Rządu Polskiego na bankiecie w Nowym Yorku.

Lwów.

75-cio lecie Dra Emila Latainera, Seniora Związku Stomatologów Izby lekarskiej lwowskiej. Staraniem Związku Stomatologów Izby lekarskiej lwowskiej odbył się w dniu 4 maja b. r. we Lwowie w sposób niezwykle uroczysty obchód jubileuszowy 75-lecia Dra Emila Latainera wielce zasłużonego Seniora tego Związku i działacza społecznego.

Wykład Pro. Vaclava Jedlički z Pragi. Z inicjatywy Zarządu lwowskiego Okręgu Związku Lekarzy Słowian w Polsce, przy poparciu Wydziału lekarskiego U. J. K. i Towarzystwa Lekarskiego lwowskiego wygłosił w dniu 9 maja b. r. na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Lwowskiego Prof. Vaclav Jedlička z Pragi wykład na temat: „Podstawy głównych schorzeń przysadki mózgowej“ (acromegalja, dystrophia adiposo-genitalis, diabetes insipidus, lethargia hypophysaria, cachexia hypophysaria). Prelegent podzielił się ze słuchaczami swemi doświadczeniami, opartemi na badaniach anatomopatologicznemi, oraz dał pogląd na ich patogenezę na podstawie własnych spostrzeżeń.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XIII posiedzenie naukowe odbyło się dn. 2 maja br. z następującym porządkiem dziennym: 1) Kol. Adam Falkiewiczowa: Przypadek porażenia napadowego (*paralysis paroxysmalis* (pokaz). 2) Kol. Sabatowski: W sprawie wyjazdów do uzdrowisk zagranicznych (wykład). 3) Kol. St. Lewicki: Krynica w zimie (z pokazami świetlnymi). 4) Kol. Podsoński: Kilka słów o Lubieniu (wykład).

W dyskusji zabierali głos: Kol. Griffel, Rothfeld, Wernicki. Pisek, Bocheński, Seidl, Lipski, Węgrzynowski, Kuhn.

Z Kraju.

Lubień Wielki, zdrój siarczany 21 km. od Lwowa, wykazuje jak dotychczas co roku dalszy rozwój i postęp w swych urządzeniach. W roku bieżącym przybywają dalsze, bezpośrednio z łazienkami złączone, ogrzewane centralnie leżalnie, gdzie chorych po kąpieli zawija się w koce. W r. z. urządzono kompletnie wyposażony zakład fizyko terapeutyczny prowadzony przez lekarkę. Kąpiele gazowe i irigacje dla kobiet cieszą się uznaniem. Prócz kąpieli siarczanych i borowinowych ma Lubień Wielki emanatorjum radowe, wziewalnie systemu Bullinga i Zakład Zanderowski. Zakład ma własną centralę elektryczną. Wodociągi dostarczają znakomitej wody do picia. Częściowa kanalizacja przeprowadzona. Pokoje gościnne urządzone z komfortem, nie ustępują w niczem zagranicy. Park 80 morgowy otaczający zakład stoi do dyspozycji kuracjuszy. Połączenia kolejowe ze Lwowem bardzo wygodne.

Stacja klimatyczno-kąpielowa Okopy św. Trójcy (nad Dniestrem w okolicy Zaleszczyk). Miejscowość pięknie położona o klimacie najcieplejszym w Polsce, posiada rozległe plantacje moreli, brzoskwiń oraz kawonów i melonów. Położenie około 80 m. nad p. m. wybitne nasłonecznienie oraz znakomite kąpiele rzeczne sprzyjają przeprowadzeniu kuracji, tak bardzo szczególnie dla dzieci poleconej. Czas trwania sezonu od 15. czerwca do 15. września. Ostatnia stacja kolejowa Iwanie Puste do której dojeżdża się o 12 w południe bez przesiadania pociągiem wychodzącym ze Lwowa, o godzinie 11 w nocy przez Tarnopol. Przy jeździe powrotnej przysługują ulgi kolejowe. Na dworcu w Iwaniu Pustem oczekują gości dorożki lub na zamówienie auto, którym dojeżdża się do Okopów w ciągu 30 minut. Pokoje gościnne o skromnem umeblowaniu rozmieszczone są w czystych domkach wiejskich niezbyt od wspólnej jadalni oddalonych. Koszt pobytu od 8 do 9 zł dziennie wraz z utrzymaniem (śniadanie, objad, podwieczorek i kolacja) zależnie od pokoju oraz ilości, osób. Pościel należy ze sobą przywieźć. — Wikt obfity i zdrowy dużo jarzyn i nabiału. — Wspólna czytelnia, tańce, tennis i wycieczki uprzy-

jemniają gościom pobyt. Chorych na gruźlicę zarząd letniska nie przyjmuje. Wobec ograniczonej ilości pokoi zamówienia wraz z zadatkiem wysokości tygodniowej opłaty, należy rychło nadsyłać pod adresem: poczta, tel. Okopy św. Trójcy. Lekarz zakładowy: Dr. Wł. Aleksandrowicz. We Lwowie zamówienia przyjmuje się i wyjaśnień udziela do 15 czerwca przy ul. Kochanowskiego 41. II p., nr. 5.

Wychowanie fizyczne, broszurkę napisaną przez Prof. Dr. E. Piaseckiego, zaleca Min. W. R. i O. P. do bibljotek uczniowskich oraz jako książkę pomocniczą do nauczania teorji wychowania fizycznego w seminarjach nauczycielskich. (Dz. Urz. z dn. 17. II. 1930, Nr. 2, poz. 25).

Wpływ ciężkiej pracy fizycznej na narządy płciowe kobiety. Ciężka praca fizyczna (do której zaliczamy także nadmierne uprawianie sportu) wpływa ujemnie na rozwój kobiety, a przedewszystkiem dziewczęcia. Zwężenie miednicy następuje u 80% kobiet, które w okresie swego rozwoju wykonywały ciężką pracę fizyczną. Spotyka się także zaburzenia w miesiączkowaniu u przepracowanych dziewcząt. Późne wystąpienie miesiączki następuje na skutek wewnętrznych zaburzeń gruczołów i złej higjeny. Zupełny brak miesiączkowania występuje u kobiet, które mają do czynienia z materjałami trującemi, jak ołów i fosfór, a także u kobiet, które wcześnie używają nikotyny; ta może spowodować niepłodność. Przesunięcia organów brzusznych występują niejednokrotnie przy częstych i stałych wstrząsach, spowodowanych różnemi maszynami (do tego zaliczamy także wczesną i przesadną jazdę na rowerze). *(Dr. Dubail,* „Progrès médical" 1928).

Ze świata.

Wycieczka lekarska Cévennes-Pireneje od 20. VI do 2. VII 1930 r. Dn. 21. VI. Przyjęcie inauguracyjne, wydane przez wydział lekarski uniwersytetu w Montpellier. 22 i 23. VI. Zwiedzenie Aigues-Mortes i Maguelone oraz Nimes. Od 24—27. VI. Cévennes. 27 i 28. VI. La Malou i Gargassonne. Od 29. VI. do 2. VII. Pireneje. Uczestnicy wycieczki będą podejmowani w zdrojowiskach i stacjach klimatycznych: Font-Romeu, Les Escaldes, Ax-les-Thermes, Superbagnères i Luchon. Na kolejach francuskich ulga 50% do Montpellier i na powrotnej drodze od Luchon. Podróż z Montpellier do Luchon samochodami. Odczyty i pokazy naukowe we wszystkich miejscowościach kuracyjnych. Mieszkania w najlepszych hotelach zapewnione. Po informacje zgłaszać się pod adresem: Direction des voyages médicaux pyrénéens, à la Malou (Hérault).

Międzynarodowa wycieczka naukowa lekarzy do Turcji i Azji Mniejszej. Dzięki inicjatywie prymarjusza Dra Fryderyka Baracha, Wiedeń, wybierają się lekarze austrjaccy 20. sierpnia 1930 do Konstantynopola. Uczestnicy zobaczą Bukareszt, Giurgiu, Konstancę, Konstantynopol (z okolicą) i zwiedzą tamtejsze zakłady lecznicze, między innemi także stację termalną Kura, która to miejscowość znana już była w starożytności (Pythia). Z Konstantynopola nastąpi wyjazd do Azji Mniejszej. Uczestnicy zamierzają dotrzeć do Angory. Koledzy (z wszystkich krajów), którzy pragną się przyłączyć, otrzymają bliższe informacje na pisemne zapytania pod adresem: Aerztliche Auslandsstudienreisen, Wiedeń. (Wien, Austrja) I .Biberstrasse 11, I. St. albo Medizinisch-Pharmazeutische Rundschau Wien I. Heiligenkreüzerhof.

Kongres W. F. i uroczystość „Szwedzkiego Związku Gimnastycznego". Szwedzki Związek Gimnastyczny organizuje w czasie 10 i 11 czerwca b. r. kongres gimnastyczny systemu Linga w Sztokholmie.

W kongresie tym w charakterze referentów i demonstrantów wezmą udział między innemi następujące osoby: Elli Björksten z Helsingfors; Niels Bukh z Ollerup; kapitan Sverre Gröner z Oslo; kapitan Sam Adrian z Oerebro; major J. G. Thulin z Lund; Elin Falk ze Sztokholmu.

Wpisowe na kongres wynosi 10 koron szwedzkich. Bezpośrednio przed otwarciem kongresu odbędzie się w dniach 6—9 czerwca z okazji 25-lecia założenia Związku Zlot, w którym wezmą udział wszystkie towarzystwa gimnastyczne Północy. Zlot ten, będący pod patronatem króla szwedzkiego, zapowiada się najokazalej ze wszystkich dotychczasowych zlotów w krajach północnych. Dla nas przedstawia on specjalną wartość, gdyż da nam sposobność do śledzenia różnic w ewolucji metod opartych o system Linga w ciągu dziesięciu lat. Zainteresowanym nauczycielom ćwiczeń cielesnych redakcja „Wych. Fiz." może udzielić bliższych informacji listownie.

Kongres Międzynarodowy Opieki nad dzieckiem odbędzie się w Lège od 30 lipca do 4 sierpnia 1930 r., na który zaprosi się państwa za pośrednictwem Ministerstwa Spraw Wojskowych. Na powyższym kongresie zostaną wygłoszone referaty na tematy tyczące dzieci w wieku szkolnym i przedszkolnym.

IV Kongres międzynarodowej Ligi dla reformy życia płciowego, opartej na podstawach naukowych odbędzie się we Wiedniu w czasie od 13 do 20 września 1930 roku. Na kongresie tym będą omawiane następujące zagadnienia: Nędza mieszkaniowa, a życie płciowe; Życie płciowe młodzieży, osób dorosłych i nienormalnych; Życie płciowe a życie duchowe; Wewnętrzne wydzielanie; Do moralności seksualnej; Życie płciowe a prawo; Ilość urodzeń a ekonomja społeczna; Prawo dziecka i t. p. Wszelkich bliższych wyjaśnień udziela biuro kongresu: Büro des IV Kongresses der Weltliga für Sexualreform Wien 1930 in Wien I/15, Postfach 63.

XLIII Zjazd Francuskiego Towarzystwa Okulistycznego odbył się w Paryżu dnia 12 maja. Referat programowy pod tytułem „Biomikroskopja soczewki w stanach prawidłowych i nieprawidłowych" wygłosili Duverger i Velter. Podczas Zjazdu odbyła się wystawa narzędzi i zwiedzanie klinik.

II. Kurs dokształcający, organizowany przez Stowarzyszenie Lekarzy Spiskich w Tatrach od 8—12. VI. 1930 r. Przed południem odbywać się będą wykłady, za każdym razem w innem uzdrowisku, do którego uczestnicy kursu będą przewożeni koleją elektryczną na koszt Komitetu Kursu. Po południu będą urządzane wycieczki do najbliższych okolic uzdrowiska. Za uczestnictwo w Kursie wnosi się 100 koron wpisowego oraz po 55—60 kor. dziennie za utrzymanie i mieszkanie łącznie z 10 proc. dodatkiem za usługę oraz za przejazd kolejami elektrycznemi. W programie przewidziana jest 3-dniowa wycieczka do dalszych okolic, której koszt obliczony zostanie oddzielnie w rozmiarach, odpowiadających kosztom pierwszych dni pięciu. O ulgach kolejowych i bliższych szczegółach nastąpią wkrótce zawiadomienia.

Kurs dokształcający z zakresu oto-rhino-laryngologji pod kierownictwem prof. Canuyt odbędzie się w Strassburgu od 15 do 27 VII. 1930.

Kurs poświęcony rakowi odbędzie się od 16 do 26 VII. w Strassburgu pod kierownictwem dra Gunsett'a. Kurs obejmuje wykłady teoretyczne (Canuyt, Géry Keller, Leriche, Pautrier, Reeb, Stolz, Vlès. Weil), pokazy leczenia fizykalnego, pokazy chorych. Wpis 500 fr. fr.

W Paryżu odbędą się następujące kursa dokształcające: chirurgja ginekologiczna 12 — 22 V. kierownik Dr. Leibovici, wpis 300 fr. fr. Chirurgja urologiczna 7 — 13 VII., kierownik dr. Leibovici. 200 fr. fr. Kurs przeciwgruźliczy 15. VI. — 15. VII. Kier. Prof. Sergent. Leczenie złamań. Kier. Prof. Hartmann. 5 — 17. V. Wpis 250 fr. fr. Kurs dokształcający z dziedziny techniki chirurgicznej. Kier. Dr. Gosset. 11 — 25 VI. Higjena i schorzenia wczesnego okresu niemowlęctwa. Prof. Lereboullet. 1 — 14. VII. 250 fr. fr. Rozpoznawanie i leczenie głównych schorzeń dziecięcych. Prof. Nobecourt. 16. VII. — 2. VIII. 250 fr. fr. Kursa dokształcające z dziedziny ginekologji. Prof. J. L. Faure: a) dla początkujących 16 — 28. VI. 22. IX. — 4. X. 1 — 13. XII. Wpis 250 fr. fr. b) dla zaawansowanych 13 — 25 X. Wpis 250 fr. fr. Położnictwo. Prof. Couvelaire. 1 — 15 VI. 200 fr. fr. Kurs dla zaawansowanych 1 — 31 X. Wpis 400 fr. fr. Urologja. Prof. Legueu, 4 — 14. VI. Schorzenia narządów płciowych męskich. Dr. Chevassu. 30 VI. — 19. VII. Wpis 500 fr. fr.

Redakcja otrzymała:

R. Demarche: „Précis de téchnique du séro-diagnostic de la syphilis". G. Doin, Paris 1930.

Mikułowski Wł. „Sul meccanismo delle emorragie intestinali nelle febbre tifoide". Odb. z La riforma medica. Nr. 8 — 1930.

J. Gatellier, F. Moutner et P. Porcher „Radiologie clinique du tube digestif. II Oesophague, intestin, foie et glandes annexes". Fascicule I et II. Masson et Cie Paris 1930.

A. Strohl et Cie „Leçons de physico-chimie". Masson et Cie Paris 1930.

L. Justin-Besançon „Les fonctions internes du rein". Masson et Cie Paris 1930.